

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA WYCHOWANKA

Oświadczam, że

(imię i nazwisko)

Jest / jestem zdrowy

Tak*

Nie*

Nie ma / mam objawów typu: katar, kaszel,
wysypka, ból brzucha, gorączka powyżej 37 °C,
utrata smaku,

Tak ma*

Nie ma*

Nikt z osób mieszkających ze mną w jednym
gospodarstwie domowym nie przebywa na
kwarantannie.

Tak przebywał / a*

Nie przebywał / a*

Nikt z osób z mieszkających ze mną nie miał
styczności z osobą chorą na COVID - 19

Tak miał / a*

Nie miał / a*

.....

(data, miejscowość)

.....

(podpis wychowanka pełnoletniego /
rodzica wychowanka niepełnoletniego)

DEKLARACJA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

Ja niżej podpisana / podpisany:

..... oświadczam, że:

1. Zostałem /-am poinformowany/-na i zapoznałem /-łam się z Procedurami Bezpieczeństwa na terenie Internatu ZSCKR w Bogdańczowicach.
2. Zobowiązuję się do przestrzegania obowiązujących Procedur Bezpieczeństwa na terenie internatu, przede wszystkim:
 - a) świadomego wysłania dziecka do internatu tylko i wyłącznie zdrowego, bez kataru, kaszlu, podwyższonej temperatury ciała.
 - b) natychmiastowego odebrania dziecka z placówki w razie wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych, które wystąpiły w czasie przebywania w placówce.
3. Wyrażam zgodę na kontrolny pomiar temperatury ciała mojego dziecka przez pracownika placówki z użyciem bezdotykowego termometru.
4. Przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę, że w chwili widocznych oznak chorobowych mojego dziecka, a także jeżeli kontrolne sprawdzanie temperatury ciała wykaże wyżej niż 37 stopni to moje dziecko zostanie usunięte z placówki i będzie mogło wrócić po ustaniu wszystkich objawów chorobowych.
5. Zobowiązuję się do poinformowania dyrektora placówki o wszelkich zmianach w sytuacji zdrowotnej odnośnie wirusa Covid – 19 w moim najbliższym otoczeniu.

.....
miejsowość , data

.....
podpis rodzica / opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE PEŁNOLETNIEGO WYCHOWANKA

Ja niżej podpisany/-a:

..... oświadczam, że:

1. Zostałem/-am poinformowany/-na i zapoznałem/-łam się z Procedurami Bezpieczeństwa na terenie Internatu ZSCKR w Bogdańczowicach:
 - a) przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę, że w chwili widocznych oznak choroby, a także jeżeli kontrolne sprawdzanie temperatury ciała wykaże wartość wyżej niż 37 stopni, w drodze jednostronnej decyzji zostaną usunięty/-a z placówki i będę mógł/ mogła do niej wrócić po ustaniu wszystkich objawów chorobowych.
2. Wyrażam zgodę na kontrolny pomiar temperatury ciała przez pracownika placówki z użyciem bezdotykowego termometru.
3. Zobowiązuję się do poinformowania dyrektora placówki o wszelkich zmianach w sytuacji zdrowotnej odnośnie wirusa Covid – 19 w moim najbliższym otoczeniu.

.....
miejsowość, data

.....
podpis pełnoletniego wychowanka