**Załącznik nr 1**

**Oświadczenie dla rodzica/opiekuna ucznia niepełnoletniego odnośnie wyrażenia zgody na pomiar temperatury ciała jego dziecka**

Golina, …………………..

…………………………………………………

……………………………………………………

……………………………………………………

 *(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego,*

 *adres zamieszkania)*

**Oświadczenie**

**o wyrażeniu zgody na pomiar temperatury ciała mojego dziecka przed każdorazowym rozpoczęciem zajęć w formie konsultacji w trakcie trwania pandemii koronawirusa**

………………………………………………………….……………………………………….

*(imię i nazwisko ucznia)*

Przyjmuję do wiadomości, że pomiar dokonywany będzie przez pracownika szkoły termometrem bezdotykowym, a wyniki pomiarów nie będą nigdzie rejestrowane/zapisywane.

Jednocześnie zobowiązuję się w przypadku wystąpienia niepokojących objawów chorobowych do nieposyłania dziecka do szkoły na zajęcia w formie konsultacji.

……………………………………………..

 *(podpis rodzica/rodziców/opiekuna prawnego)*

**Załącznik nr 2**

**Skuteczna komunikacja z Rodzicami/Opiekunami prawnymi ucznia niepełnoletniego z pracownikami**

**w czasie zwiększonego zachorowania na Covid-19**

**Imię i nazwisko ucznia niepełnoletniego:** …………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Matka/Opiekun prawny** | **Ojciec/Opiekun prawny** |
| **Nazwisko i imię** |  |  |
| **Telefon prywatny**  |  |  |
| **Telefon do pracy** |  |  |
| **Czytelny podpis Rodzica/Opiekuna prawnego** |  |  |

Golina, dnia ………………………….

**………………………………………………………………..** (podpis rodzica/rodziców/opiekuna prawnego)

**Załącznik nr 3**Informujemy, iż przywrócenie możliwości prowadzenia zajęć w formie konsultacji obciążone jest zwiększoną emisją czynników wywołujących COVID-19.
W przypadku choć jednej odpowiedzi „TAK” lub braku udzielenia odpowiedzi na co najmniej jedno pytanie, może zostać zidentyfikowane podwyższone ryzyko zakażenia.

**ANKIETA (prawidłową odpowiedź zaznacz krzyżykiem):**

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i)/ dziecko/podopieczny/któryś
z domowników, za granicą w rejonach transmisji koronawirusa?

O Tak

O Nie

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i)/ dziecko/podopieczny/któryś
z domowników kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?

O Tak

O Nie

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i)/ dziecko/podopieczny/któryś
z domowników kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa?

O Tak

O Nie

1. Czy Pan(i)/ dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?

O Tak

O Nie

1. Czy obecnie występują u Pana(i)/dziecka/podopiecznego lub któregoś
z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?

O Tak

O Nie

1. Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników?

O Tak

O Nie

Golina, dnia

.........................................................................
(podpis rodzica/rodziców/prawnych opiekunów)