

Załącznik nr 2 do Procedury postępowania w trakcie pandemii COVID-19  
LO im. Stanisława Lema w Stanisławowie Pierwszym  
obowiązujący od dnia 1 czerwca 2020 r.

.....  
Imię i nazwisko ucznia

.....  
Imię i nazwisko Rodzica/Opiekuna

.....  
Numery telefonu do kontaktu

### **OŚWIADCZENIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

dotycząca stanu zdrowia ucznia oraz zapoznania się z przyjętymi procedurami postępowania w szkole  
w trakcie pandemii COVID-19

Oświadczam, że moje dziecko nie miało kontaktu z osobą zakażoną wirusem Covid-19 oraz nikt z członków najbliższej rodziny, otoczenia nie przebywa na kwarantannie, nie przejawia widocznych oznak choroby.

Na dzień złożenia oświadczenia, stan zdrowia dziecka jest dobry, dziecko nie przejawia żadnych oznak chorobowych (podwyższona temperatura, katar, kaszel, biegunka, duszności, wysypka, bóle mięśni, ból gardła, utrata smaku czy węchu i inne nietypowe). Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować wychowawcę lub sekretariat szkoły o wystąpieniu ww. oznak chorobowych i nie przyprowadzać chorego dziecka do szkoły.

.....  
data i czytelny podpis Rodzica/Opiekuna

Oświadczam, iż jestem świadom/świadoma pełnej odpowiedzialności za dobrowolne posłanie dziecka do Liceum im. Stanisława Lema w Stanisławowie Pierwszym w aktualnej sytuacji epidemiologicznej oraz że znane mi jest ryzyko, na jakie jest narażone zdrowie mojego dziecka, mimo wprowadzonych w szkole obostrzeń sanitarnych i wdrożonych środków ochronnych.

Zobowiązuję się do przestrzegania obowiązujących w szkole procedur związanych z reżimem sanitarnym.

W przypadku, gdyby u mojego dziecka wystąpiły niepokojące objawy chorobowe zobowiązuję się do każdorazowego odbierania telefonu od pracowników szkoły, odbierania dziecka w trybie natychmiastowym z wyznaczonego w szkole pomieszczenie do izolacji.

.....  
data i czytelny podpis Rodzica/Opiekuna

Zobowiązuję się do poinformowania dyrektora placówki o wszelkich zmianach w sytuacji zdrowotnej związanej z wirusem COVID-19 w moim najbliższym otoczeniu, tj. gdy ktoś z mojej rodziny zostanie objęty kwarantanną lub zachoruje na COVID- 19.

.....  
data i czytelny podpis Rodzica/Opiekuna

Wyrażam zgodę na przekazywanie Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Legionowie danych osobowych w przypadku COVID-19.

.....  
data i czytelny podpis Rodzica/Opiekuna