**Wniosek rodzica o przyjęcie na zajęcia opiekuńczo-wychowawcze w zmienionych warunkach pracy placówki wraz z oświadczeniem rodzica o zapoznaniu ewentualnymi czynnikami ryzyka COVID – 19**

**Wnioskuję / wnioskujemy o przyjęcie dziecka na zajęcia opiekuńczo-wychowawcze**

**w Szkole Podstawowej nr 69 w Szczecinie**

**w czasie obowiązywania zmienionych warunków pracy placówki**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa szkoły podstawowej** | **Adres szkoły podstawowej** |
|  |  |
| **Imię i nazwisko dziecka** | **Numer PESEL dziecka** |
|  |  |
| **Podpis matki** | **Podpis ojca** |
|  |  |

**Numer telefonu matki Numer telefonu ojca**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Oświadczam, że znane mi są czynniki ryzyka COVID - 19 zarówno u dziecka, jego rodziców lub opiekunów, jak i innych domowników oraz przyjmuję pełną odpowiedzialność za podjętą decyzję związaną z udziałem dziecka w zajęciach, jak i dowożeniem dziecka do szkoły podstawowej** | |
| **Podpis matki** | **Podpis ojca** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Oświadczam, że jestem osobą pracującą, a wykonywane przez mnie obowiązki zawodowe wymagają przebywania poza miejscem zamieszkania. Nie wykonuję pracy zdalnie.** | |
| **Podpis matki** | **Podpis ojca** |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Oświadczam, że znajduję się w grupie objętej pierwszeństwem przyjęcia dziecka do szkoły zgodnie z wytycznymi MEN, tj. jestem pracownikiem systemu ochrony zdrowia, służb mundurowych, handlu lub przedsiębiorstwa produkcyjnego, realizującego zadania związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID - 19.**  *Proszę podać nazwę zakładu pracy oraz zajmowane stanowisko.* | | | |
| **Nazwa zakładu pracy** |  | **Nazwa zakładu pracy** |  |
| **Stanowisko** |  | **Stanowisko** |  |
| **Podpis matki** | | **Podpis ojca** | |
|  | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Oświadczam, że nie przebywam na urlopie macierzyńskim, rodzicielskim, wychowawczym oraz nie pobieram zasiłku opiekuńczego.** | |
| **Podpis matki** | **Podpis ojca** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Oświadczam, że osoby wspólnie zamieszkujące z dzieckiem nie są objęte kwarantanną, ani nie pozostają  w izolacji.** | |
| **Podpis matki** | **Podpis ojca** |
|  |  |

**Oświadczenie o zapoznaniu się z procedurami funkcjonowania w zmienionych warunkach pracy placówki oraz zgoda rodzica na dokonanie pomiaru temperatury ciała**

**na wypadek wystąpienia niepokojących objawów chorobowych**

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na dokonanie pomiaru temperatury ciała mojemu dziecku**

……………………………………………………………………………………………………… **w przypadku występowania niepokojących objawów chorobowych.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podpis matki** | **Podpis ojca** |
|  |  |

**Oświadczam, że zapoznawałem się z procedurami funkcjonowania w zmienionych warunkach pracy placówki.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podpis matki** | **Podpis ojca** |
|  |  |