**ZGODA RODZICÓW NA UDZIAŁ UCZNIA W KONSULTACJACH   
W NIEPUBLICZNYM LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCYM „MEDICAL”   
W KŁODZKU**

**Imię i nazwisko ucznia………………………………..klasa ………………………**

**Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego……………….…………………………..**

**Numery telefonu do kontaktu………………………………..**

**Oświadczenia rodziców/opiekunów prawnych**

1.Oświadczam, że moja córka/ mój syn …………………. nie miał 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 szkołę o wystąpieniu ww. oznak chorobowych i nie zezwalać mojemu dziecku na udział w konsultacjach w szkole.

…………………………………………………..

***(data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)***

2. Jednocześnie oświadczam, iż jestem świadom/świadoma pełnej odpowiedzialności za dobrowolne uczestniczenie mojego dziecka w konsultacjach w Niepublicznym Liceum Ogólnokształcącym „MEDICAL” w Kłodzku 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.

Jestem świadom/świadoma iż podanie nieprawdziwych informacji naraża na kwarantannę wszystkich uczestników opieki i ich rodziny.

**…………………………………………………..**

***(data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)***

3.Zobowiązuję się do przestrzegania obowiązujących w Niepublicznym Liceum Ogólnokształcącym „MEDICAL” w Kłodzku procedur związanych z reżimem sanitarnym, każdorazowego odbierania telefonu od nauczycieli oraz natychmiastowego odebrania dziecka z placówki w razie wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych w czasie pobytu   
w szkole z pomieszczenia do izolacji.

**…………………………………………………..**

***(data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)***

4.Wyrażam zgodę na dokonywanie przez pracownika Niepublicznego Liceum Ogólnokształcącego „MEDICAL” w Kłodzku codziennego pomiaru temperatury u mojego dziecka z wykorzystaniem termometru bezdotykowego.

Moje dziecko nie będzie przynosiło do Szkoły żadnych przedmiotów z zewnątrz, poza niezbędnymi do konsultacji / zeszyt, długopis/.

**…………………………………………………..**

***(data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)***

5.Zobowiązuję się do poinformowania dyrektora placówki o wszelkich zmianach w sytuacji zdrowotnej odnośnie wirusa 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 prawnego)***

6.Oświadczam również, że znana mi jest treść klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych w związku z korzystaniem z usług szkoły w okresie uruchomienia placówki w reżimie sanitarnym.

**…………………………………………………..**

***(data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)***