Warszawa, dnia…………………………………………….

Imię i nazwisko rodziców: …………………………….…………………………………….

tel. do rodziców……………………………………………………………………………...

Imię i nazwisko dziecka, klasa:……………………….…………………………………….

ZGODA NA POMIAR TEMPERATURY CIAŁA DZIECKA

Niniejszym wyrażam zgodę przez czas trwania stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego, spowodowanego chorobą COVID-19 do badania temperatury ciała mojego dziecka przy użyciu bezdotykowego termometru, każdego dnia podczas pobytu dziecka w szkole. Powyższa zgoda ma na celu realizację przez szkołę działań prewencyjnych i zapobiegawczych, związanych z ogłoszonym stanem epidemii.

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA DZIECKA

Czy dziecko czuje się zdrowe: TAK/NIE

Czy u dziecka występują: Duszności, Kaszel, Katar, Gorączka, Utrata apetytu, Osłabienie- zaznaczyć objaw, który występuje

Czy dziecko miało kontakt z osobą chorą, u której stwierdzono COVID-19 bądź osobą, która przebywa na kwarantannie? TAK/NIE

Czy dziecko miało kontakt z osobą chorą, przeziębioną itp.? TAK/NIE

**Niniejszym oświadczam, że zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą dziecko nie ma i nie miało kontaktu z osobą zakażoną COVID-19, nikt z rodziny nie przebywa na kwarantannie ani w domowej izolacji. Dziecko jest zdrowe. Mam pełną świadomość zagrożenia jakie niesie ze sobą koronawirus. Biorę pełną odpowiedzialność za dobrowolne przyprowadzanie dziecka do placówki.**

…………………………………………..

Podpis rodzica