## **P O W I A T O W A B U R S A S Z K O L N A**

ul. Koszalińska 2a *77 – 300 Człuchów tel./fax. (0-59) 83 43 492*

[www.bursaczluchow.org](http://www.bursaczluchow.org) [bursa\_czluchow@wp.pl](mailto:bursa_czluchow@wp.pl)

NIP 843 – 14 – 48 – 821 REGON 771272827

Nr konta: Bank Spółdzielczy w Człuchowie 76 *9326 0006 0012 1792 2000 0010*

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

Imię i nazwisko dziecka Miejscowość, data

**OŚWIADCZENIE**

1. Jestem odpowiedzialny i świadomy czynnika ryzyka COVID-19 zarówno u dziecka, jak i rodziców/opiekunów, a także innych domowników, związanego z wysłaniem dziecka do placówki.
2. Oświadczam, że przywiezione przeze mnie dziecko, według mojej wiedzy jest zdrowe, bez objawów chorobowych sugerujących chorobę zakaźną.
3. Oświadczam, że w domu nie przebywa osoba na kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych.
4. Oświadczam, że dziecko ani żaden z domowników nie miał kontaktu z osobą o potwierdzonym zakażeniu.
5. Zobowiązuję się do pozostawienia dziecka w domu, jeżeli dziecko lub któryś z domowników miałby kontakt z osobą o potwierdzonym zakażeniu, lub zostanie poddany kwarantannie albo izolacji w warunkach domowych.
6. Zobowiązuję się poinformować personel bursy o wykryciu zakażenia koronawirusem, zachorowaniu na COVID–19 lub poddaniu kwarantannie, albo izolacji mojego dziecka lub któregoś z domowników.
7. Oświadczam, że dziecko będzie przywożone i odbierane z placówki wyłącznie przez osoby zdrowe.
8. Jestem świadomy, że zatajenie którejś z powyższych informacji może mieć wpływ na zdrowie i życie pozostałych wychowanków mieszkających w bursie, jak i wszystkich osób z nimi zamieszkujących, a także na personel placówki.
9. Wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała mojego dziecka.

…………………………………………………

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego