**Załącznik Nr 1**

Gdynia, dn. …................................2020 r.

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

Imię i nazwisko dziecka:……………………………………………………………………….

**ZGODY I OŚWIADCZENIA RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW**

1. Niniejszym wyrażam zgodę   na badanie temperatury ciała mojego dziecka, wychowanka Przedszkola Nr 22 w Gdyni w czasie trwania stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego, spowodowanego chorobą COVID-19 przy użyciu bezdotykowego termometru, każdego dnia podczas wejścia do przedszkola oraz podczas pobytu dziecka w przedszkolu . Powyższa zgoda ma na celu realizację przez przedszkole działań prewencyjnych i zapobiegawczych, związanych z ogłoszonym stanem epidemii.

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

Podpis rodzica/ opiekuna prawnego Podpis rodzica/ opiekuna prawnego

1. Oświadczam, że do przedszkola będę przyprowadzać dziecko;

a. zdrowe,

b. bez widocznych objawów chorobowych (duszności, kaszel, katar, wysypka,

 podwyższona temperatura ciała),

c. które nie miało kontaktu z osobami, u których stwierdzono Covid-19

 lub przebywających w kwarantannie.

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

Podpis rodzica/ opiekuna prawnego Podpis rodzica/ opiekuna prawnego

1. Zapoznałem się i akceptuję procedury bezpieczeństwa w czasie stanu epidemii obowiązujące w Przedszkolu Nr 22 w Gdyni, nowe zasady higieny i reżimu sanitarnego.

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

Podpis rodzica/ opiekuna prawnego Podpis rodzica/ opiekuna prawnego

1. Jestem świadomy możliwości zakażenia mojego dziecka, mnie, moich domowników, opiekunów w przedszkolu i innych dzieci w przedszkolu COVID-19. Jestem świadomy, iż podanie nieprawdziwych informacji naraża na kwarantannę wszystkich uczestników opieki wraz z opiekunami i dyrekcją jak również ich rodzinami.

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

Podpis rodzica/ opiekuna prawnego Podpis rodzica/ opiekuna prawnego

1. Zapoznałem się z informacjami udostępnionymi przez dyrekcję, w tym informacjami na temat zakażenia COVID-19, najważniejszymi numerami telefonów wywieszonymi na terenie placówki.

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

Podpis rodzica/ opiekuna prawnego Podpis rodzica/ opiekuna prawnego

1. W przypadku zachorowania mojego dziecka w przedszkolu, zobowiązuję się do odbierania telefonu z placówki i odebrania dziecka w trybie natychmiastowym.

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

Podpis rodzica/ opiekuna prawnego Podpis rodzica/ opiekuna prawnego

1. Po przebytej przez dziecko chorobie zobowiązuję się do dostarczenia do przedszkola oświadczenia, że dziecko jest zdrowe.

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

Podpis rodzica/ opiekuna prawnego Podpis rodzica/ opiekuna prawnego

Gdynia, dn. …................................2020 r.

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

Imię i nazwisko dziecka:……………………………………………………………………….

**INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA DZIECKA**

1. Czy dziecko czuje się zdrowe: TAK/NIE \*
2. Czy u dziecka występują: Duszności, Kaszel, Katar, Gorączka, Utrata apetytu, Osłabienie-

 zaznaczyć objaw, który występuje ?

1. Czy dziecko miało kontakt z osobą chorą, u której stwierdzono COVID-19 bądź osobą, która przebywa na kwarantannie lub powróciła z zagranicy ? TAK/NIE\*
2. Czy dziecko miało kontakt z osobą chorą, przeziębioną itp.? TAK/NIE \*
3. Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą, nie istnieją żadne

przeciwwskazania zdrowotne do uczęszczania mojego dziecka do przedszkola.

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

Podpis rodzica/ opiekuna prawnego Podpis rodzica/ opiekuna prawnego

\*- właściwą odpowiedź zaznaczyć kółkiem

**Załącznik Nr 2**

Gdynia, dn. …................................2020 r.

**OŚWIADCZENIE RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

Oświadczamy, że dziecko ……………………………………………………… po przebytej chorobie,

 (imię i nazwisko dziecka)

przyprowadzamy do Przedszkola Nr 22 w Gdyni zdrowe, bez objawów chorobowych takich jak: katar, kaszel, podwyższona temperatura, zaczerwienione spojówki oka i inne.

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

Czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego Czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego