**WNIOSEK O WZNOWIENIE REALIZACJI ZAJĘĆ REWALIDACYJNYCH**

**W OKRESIE EPIDEMII WIRUSA SARS*-*COV*-*2**

**W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 40 Z ODDZIAŁAMI INTEGRACYJNYMI W TYCHACH**

Ja, niżej podpisany/podpisana

………………………………………………..………………………; ……………………………………….……………………………………;

*(imię i nazwisko rodzica/rodziców/opiekunów prawnych)*

wnoszę o umożliwienie udziału mojemu dziecku w zajęciach rewalidacyjnych na terenie szkoły/przedszkola:

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

*(imię i nazwisko ucznia)*

od dnia ………………………… w godzinach i zakresie zgodnie z harmonogramem ustalonym przez szkołę/przedszkole.

Aktualne kontaktowe numery telefonów do rodziców/opiekunów prawnych:

1. ……………………………………………………………………….………..……… - …………………………………………….

*(imię i nazwisko – nr telefonu)*

1. ……………………………………………………………………….………..……… - …………………………………………….

*(imię i nazwisko – nr telefonu)*

**OŚWIADCZENIA, ZGODY I ZOBOWIĄZANIA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

1. Oświadczam, że przyjmuję pełną odpowiedzialność za podjętą decyzję związaną z prowadzeniem zajęć rewalidacyjnych w bezpośrednim kontakcie dziecka z osobą prowadzącą te zajęcia na terenie szkoły/przedszkola i jestem w pełni świadomy/świadoma, iż przebywając w szkole/przedszkolu w czasie trwającej epidemii może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV2 lub zakażenie może zostać przeniesione na członków rodziny lub innych domowników, mimo przestrzegania z należytą starannością przez personel szkoły wszystkich wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego i Ministra Zdrowia.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z wytycznymi przeciwepidemicznymi Głównego Inspektora Sanitarnego, Ministra Zdrowia i Ministra Edukacji dla szkół i akceptuję ich treść   
   oraz zobowiązuję się do ich stosowania.
3. Oświadczam, że osoby wspólnie zamieszkujące z uczniem nie są objęte kwarantanną, nie pozostają w izolacji, ani też pod stałą kontrolą Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej.
4. Oświadczam, że moje dziecko nie ma żadnych objawów chorobowych sugerujących chorobę zakaźną (np. gorączka, kaszel, uczucie duszności, utrata węchu lub smaku), a w przypadku ich wystąpienia u dziecka; powzięcia informacji o zastosowaniu izolacji, kwarantanny lub nadzoru sanitarno-epidemiologicznego w stosunku do którejkolwiek z osób wspólnie zamieszkujących z dzieckiem lub osób, z którymi miało kontakt w ciągu 14 dni przed wykryciem objawów/powzięcia informacji o zakażeniu, zobowiązuję się do natychmiastowego zaprzestania przyprowadzania dziecka na zajęcia do szkoły/przedszkola i poinformowania o tym dyrektora szkoły/przedszkola.
5. Zobowiązuję się do przestrzegania obowiązujących w szkole wewnętrznych procedur związanych z obowiązującym reżimem sanitarnym oraz natychmiastowego odebrania dziecka ze szkoły w razie wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych w czasie pobytu w szkole/przedszkolu.
6. Wyrażam zgodę na dokonywanie przez pracownika szkoły pomiaru temperatury   
   mojego dziecka z wykorzystaniem termometru bezdotykowego każdorazowo przed rozpoczęciem zajęć.
7. Przyjmuję do wiadomości, że warunkiem realizacji zajęć rewalidacyjnych z uczniem w szkole/przedszkolu jest podpisanie wszystkich w/w oświadczeń, zgód i zobowiązań przez obojga rodziców/opiekunów prawnych.
8. Oświadczam, iż wszelkie informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

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

*(data i czytelny podpis matki/opiekunki prawnej) (data i czytelny podpis ojca/opiekuna prawnego)*