

## OŚWIADCZENIE

Zgłaszam chęć skorzystania z możliwości zapewnienia opieki przez PARAFIALNE PRZEDSZKOLE NIEPUBLICZNE ŚW. ANTONIEGO Z PADWY mojemu dziecku:

.....od dnia  
....., w godz. od.....do .....

1. Potwierdzam, iż jestem świadomy możliwości zagrożenia mojego dziecka COVID -19

.....

(podpis)

2. Zawsze będę przyprowadzał do przedszkola zdrowe dziecko bez objawów chorobowych w wyznaczonych i zadeklarowanych przeze mnie godzinach.

.....

(podpis)

3. Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych oraz mojego dziecka sanepidowi w razie podejrzenia COVID-19.

.....

(podpis)

4. Potwierdzam, iż my rodzice, dzieci ani nikt z naszej rodziny/znajomych nie miał styczności z osobami przebywającymi na kwarantannie lub osobami zagrożonymi COVID-19.

.....

(podpis)

5. Będę na bieżąco telefonicznie pod nr Tel. 505 842 724 oraz 603 661 669 informował Dyrektora o istotnych zmianach w zdrowiu mojego dziecka podczas epidemii.

.....

(podpis)

6. Jestem świadomy, iż w aktualnej sytuacji dziecko nie może zabierać do przedszkola niepotrzebnych przedmiotów czy zabawek.

.....

(podpis)

7. Wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała u mojego dziecka.

-----

(podpis)

8. Proszę o podanie aktualnego numeru telefonu do natychmiastowego kontaktu z Rodzicem/Opiekunem.....