**WNIOSEK O UMOŻLIWIENIE KORZYSTANIA UCZNIA Z KONSULTACJI Z NAUCZYCIELAMI W OKRESIE EPIDEMII WIRUSA SARS*-*COV*-*2**

**NA TERENIE SZKOŁY ………………………………………………………..………………………………………. W TYCHACH**

*nazwa szkoły*

Ja, niżej podpisany/podpisana

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

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

wnoszę o umożliwienie udziału w konsultacjach na terenie szkoły dla ucznia

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

*(imię i nazwisko )*

z następujących przedmiotów:………………………………………………………………………………………………………….

***…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….***

od dnia ………………………… zgodnie z harmonogramem ustalonym przez szkołę

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 objęciem ww. ucznia konsultacjami i jestem w pełni świadomy/świadoma, iż przebywając w szkole w czasie trwającej epidemii moje dziecko może/mogę zostać zakażone/na/ny wirusem SARS-CoV-2 lub może/mogę przenieść zakażenie na członków rodziny lub innych domowników, mimo przestrzegania z należytą starannością przez personel placówki 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 i zapoznałem z nimi moje dziecko (*nie dotyczy przypadku wnioskującego ucznia pełnoletniego)* oraz akceptuję ich treść  
   i zobowiązuję się do ich stosowania.
3. Oświadczam, że osoby wspólnie zamieszkujące z dzieckiem/ze mną nie są objęte kwarantanną, nie pozostają w izolacji, ani też pod stałą kontrolą Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej.
4. Oświadczam, że moje dziecko nie ma/ nie mam żadnych objawów chorobowych sugerujących chorobę zakaźną (np. gorączka, kaszel, uczucie duszności, utrata węchu lub smaku), a w przypadku ich wystąpienia, powzięcia informacji o zastosowaniu izolacji, kwarantanny lub nadzoru sanitarno-epidemiologicznego w stosunku do którejkolwiek z osób wspólnie zamieszkujących z dzieckiem/ze mną lub osób, z którymi dziecko miało/miałem kontakt w ciągu 14 dni przed wykryciem objawów/powzięcia informacji o zakażeniu, zobowiązuję się do natychmiastowego poinformowania szkoły i zaprzestania korzystania z konsultacji.
5. Zobowiązuję się do przestrzegania obowiązujących w szkole wewnętrznych procedur związanych z obowiązującym reżimem sanitarnym oraz natychmiastowego odebrania dziecka ze szkoły/opuszczenia szkoły i niezwłocznego skontaktowania z SANEPiD-em w razie wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych w czasie pobytu w szkole.
6. Wyrażam zgodę na dokonywanie przez pracownika szkoły pomiaru temperatury u mojego dziecka/u mnie *(dotyczy ucznia pełnoletniego)* z wykorzystaniem termometru bezdotykowego.
7. Przyjmuję do wiadomości, że warunkiem objęcia konsultacjami ucznia jest podpisanie wszystkich w/w oświadczeń, zgód i zobowiązań przez obojga rodziców/opiekunów prawnych/pełnoletniego ucznia.
8. Oświadczam, iż wszelkie informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

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

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