**Załącznik nr 9 -** Oświadczenie o dobrowolności korzystania z opieki szkolnej oraz akceptacji obowiązujących zasad bezpieczeństwa epidemiologicznego

**OŚWIADCZENIE O DOBROWOLNOŚCI KORZYSTANIA Z OPIEKI SZKOLNEJ ORAZ AKCEPTACJI OBOWIĄZUJĄCYCH ZASAD BEZPIECZEŃSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO**

Boguchwała, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ja niżej podpisany \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, posługujący się numerem PESEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ oświadczam, że:

1. W razie rezygnacji z zajęć zobowiązuje się do powiadomienia placówki o tym fakcie, nie później niż w pierwszym dniu nieobecności dziecka do godz. 8.00.
2. Równocześnie oświadczam, że jestem świadomy czynników ryzyka, biorę odpowiedzialność za podjętą decyzję związaną z przyprowadzeniem dziecka do placówki i zobowiązuję się do przestrzegania procedur związanych z organizacją pracy szkoły podczas pandemii.
3. Jestem świadomy, że skierowanie dziecka do szkoły ma charakter dobrowolny.
4. Akceptuję procedury zapewnienia bezpieczeństwa w związku z wystąpieniem COVID-19 obowiązujące w Szkole Podstawowej im. gen. Stanisława Maczka w Boguchwale.

Prawdziwość tego oświadczenia stwierdzam własnoręcznym podpisem.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data, Podpis rodzica

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACJA O ZASADACH PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

**Kto wykorzystuje dane:** [Szkoła Podstawowa w Boguchwale]. **Kontakt:** [ul. Teodora Lubomirskiego 2, 36-040 Boguchwała]. **Pytania, wnioski, kontakt z** **inspektorem ochrony danych** : e-mail : [iod@boguchwala.pl](mailto:iod@boguchwala.pl) **Cel wykorzystania:** zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy oraz bezpiecznych i higienicznych warunków nauczania, wychowania i opieki – przeciwdziałanie rozprzestrzenieniu się COVID-19 zbieranie informacji o czynnikach ryzyka oraz objawach chorobowych. **Przysługujące prawa:** dostępu do danych, sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. **Polityka prywatności:** [spboguchwala.pl] oraz [www.spboguchwala.szkolnybip.pl], zakładka **„[nazwa zakładki z informacjami o ochronie danych osobowych]”.**

**Załącznik nr 11 –** Oświadczenia rodziców o stanie zdrowia dziecka

Boguchwała, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Imię i nazwisko rodzica/rodziców (opiekunów prawnych) …………………………………………….

Numery telefonu do kontaktu……………………………..……………………………………………..

**OŚWIADCZENIA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

Oświadczam, że moja córka/ mój syn ……………………………………… nie miał kontaktu z osobą zakażoną wirusem Covid-19 oraz nikt z członków najbliższej rodziny, otoczenia nie przebywa na kwarantannie, nie przejawia widocznych oznak choroby.

Na dzień złożenia oświadczenia, stan zdrowia dziecka jest dobry, dziecko nie przejawia żadnych oznak chorobowych (podwyższona temperatura, katar, kaszel, biegunka, duszności, wysypka, bóle mięśni, ból gardła, utrata smaku czy węchu i inne nietypowe). Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować szkołę o wystąpieniu ww. oznak chorobowych i nie przyprowadzać chorego dziecka do szkoły.

……………………………..

*(data i czytelny podpis rodzica)*

Jednocześnie oświadczam, iż jestem świadom/ świadoma pełnej odpowiedzialności za dobrowolne posłanie dziecka do Szkoły Podstawowej im. gen. Stanisława Maczka w Boguchwale w aktualnej sytuacji epidemiologicznej oraz, że znane mi jest ryzyko na jakie jest narażone zdrowie mojego dziecka mimo wprowadzonych w szkole obostrzeń sanitarnych i wdrożonych środków ochronnych.

……………………………

*(data i czytelny podpis rodzica)*

Zobowiązuję się do przestrzegania obowiązujących w szkole procedur związanych z reżimem sanitarnym oraz natychmiastowego odebrania dziecka z placówki w razie wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych w czasie pobytu w szkole.

..…………………………

*(data i czytelny podpis rodzica)*

Wyrażam zgodę na dokonywanie przez pracownika szkoły codziennego pomiaru temperatury  
 u mojego dziecka z wykorzystaniem termometru bezdotykowego.

....………………………

*(data i czytelny podpis rodzica)*

Zobowiązuję się do poinformowania dyrektora placówki o wszelkich zmianach w sytuacji zdrowotnej odnośnie wirusa Covid-19 w moim najbliższym otoczeniu, tj. gdy ktoś z mojej rodziny zostanie objęty kwarantanną lub zachoruje na Covid – 19.

..………………………

*(data i czytelny podpis rodzica)*