Żory, dnia ……………………………..

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany ……………..……………………………………………………, będąc rodzicem dziecka

(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

uczęszczającego do Przedszkola Nr 16 im Czesława Janczarskiego w Żorach ………………………………………,

 (imię i nazwisko dziecka)

oświadczam, że:

1. moje dziecko w chwili powierzenia pod opiekę przedszkola jest zdrowe i w przeciągu ostatnich 14 dni nie wykazywało żadnych objawów chorobowych, w szczególności wskazujących na chorobę zakaźną;
2. żaden z członków mojej rodziny nie jest objęty kwarantanną i w przeciągu ostatnich 14 dni nie miał kontaktu z osobą zakażoną lub podejrzaną o zakażenie wirusem SARS CoV-2, chorą na COVID-19 oraz osobą poddaną kwarantannie.
3. jestem w pełni świadomy, iż przebywając w przedszkolu w czasie ogłoszonej epidemii, moje dziecko może zostać zakażone wirusem SARS-CoV-2 lub może zarazić inne osoby, mimo przestrzegania przez personel wszystkich wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego i Ministra Zdrowia. W związku z tym nie będę wnosił/a roszczeń wobec pracowników przedszkola, dyrektora oraz organu prowadzącego w przypadku zarażenia w/w wirusem.

 Ponadto, zobowiązuję się poinformować dyrektora Przedszkola Nr 16 im Czesława Janczarskiego w Żorach o wszelkich okolicznościach mogących mieć wpływ na prawdziwość informacji zawartych w powyższym oświadczeniu.

Mam świadomość, że za podanie nieprawdziwych informacji lub zatajenie prawdy, mogę zostać pociągnięty do odpowiedzialności karnej.

(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

**ZGODA NA POMIAR TEMPERATURY CIAŁA**

Na podstawie wytycznych przeciwepidemicznych Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 02 lipca 2020 r. dla przedszkoli, oddziałów przedszkolnych w szkole podstawowej i innych form wychowania przedszkolnego oraz instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3, wydanych na podstawie art. 8a ust. 5 pkt 2 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 59, oraz z 2020 r. poz. 322, 374 i 567) oświadczam, że:

Ja niżej podpisany/a ………………………………………………………….wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała mojego dziecka w przypadku wystąpienia niepokojących objawów chorobowych.

Zgoda dotyczy mojego dziecka: ………………………………………………………………...

………………………………………………..

 (data i podpis)

Żory, dnia ………………………………………………………

**ZGODA**

 Na podstawie art. 6 ust. 1 i art.7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, oraz art. 81 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dnia 4 lutego 1994 r. ( Dz.U. 2017 poz. 880 z późn. zm. )

Ja niżej podpisana/y ……………………………………………………………………………………………………………..

 *imię i nazwisko rodzica /opiekuna prawnego*

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

 *imię i nazwisko rodzica /opiekuna prawnego*

wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz wizerunku mojego dziecka ……………………………………………………………………………………………… w celu

 *imię i nazwisko dziecka*

dopełnienia realizacji działań statutowych, promocyjnych i dydaktycznych w roku szkolnym 2020-2021.

 …………………….………………………………………………

 *podpis rodzica/opiekuna prawnego*

……………………………………………………………………

 *podpis rodzica/opiekuna prawnego*

W związku z poleceniem inspektora sanitarnego w Rybniku (pismo ONS/E/4736/Ś/109, 10.11.08) działającego na zas. Art. 2, 5 ust. 3 Ustawy z dnia 14.03.1985 r. o Państwowej Inspekcji i Ustawy z dnia 06.09.2001. o chorobach zakaźnych i zakażeniach, **proszę rodziców o wyrażenie zgody na dokonywanie w roku szkolnym 2020/2021 przeglądów higienicznych**

**Dziecka** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 (imię i nazwisko dziecka)

w przypadku stwierdzenia zachorowań na wszawicę dzieci z naszego przedszkola

**WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY** ( niepotrzebne skreślić)

……………………….………………………………………………

 Data i podpis rodzica/ opiekuna prawnego

INFORMACJA

o istotnych danych o stanie zdrowia, stosowanej diecie, alergii i i rozwoju psychofizycznym dziecka

Dotyczy: ……………………………………………...………………………………………….…………………………..……………………………………...........

 (imię i nazwisko dziecka)

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

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

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

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

 *data podpis rodzica/opiekuna prawnego*