

Pszczela Wola, dnia

Imiona i nazwisko rodziców/opiekunów :

.....

Adres zamieszkania :

.....

Numer telefonu :

.....

Zgoda rodzica na udział ucznia w konsultacjach

Wyrażam zgodę na udział mojego syna/córki

w dobrowolnych konsultacjach z przedmiotu

odbywających się w dniu o godzinie

Ponadto, ja niżej podpisana/podpisany oświadczam, co następuje:

1. Zostałem/am poinformowany i zapoznałem/łam się z Procedurami Organizacji Konsultacji w trybie stacjonarnym na terenie ZSR CKZ w Pszczelej Woli

2. Zobowiązuję się do przestrzegania w/w Procedur:

1) wysyłania do placówki wyłącznie zdrowego dziecka,

2) natychmiastowego odebrania dziecka z placówki w razie wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych, które wystąpiły w czasie pobytu w placówce.

3. Przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę, iż w chwili widocznych oznak choroby u mojego dziecka, a także jeżeli kontrolne sprawdzenie temperatury ciała wykaże wartości powyżej 37 stopni, w drodze jednostronnej decyzji dziecko nie odbędzie w danym dniu konsultacji.

4. Zobowiązuję się do poinformowania dyrektora placówki o wszelkich zmianach w sytuacji zdrowotnej odnośnie wirusa Covid-19 w moim najbliższym otoczeniu.

.....

podpis rodzica/opiekuna prawnego