Załącznik nr 9

**OŚWIADCZENIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

**Zajęcia rewalidacyjne**

Ja niżej podpisany/a:

…………………………………………………………………………………………………

*(nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego)*

oświadczam, że:

Moja córka/mój syn:

 …………………………………………………………………………………………

*(nazwisko i imię dziecka)*

nie miał/ła kontaktu z osobą zakażoną wirusem Covid-19 oraz nikt z członków najbliższej rodziny, otoczenia nie przebywa na kwarantannie, nie przejawia widocznych oznak choroby.

1. Jestem świadom/świadoma pełnej odpowiedzialności za dobrowolne posłanie dziecka do Szkoły Podstawowej nr 7 im. Adama Mickiewicza w Zamościu w aktualnej sytuacji epidemiologicznej.
2. Zostałam poinformowany/a i zapoznałem/am się z Procedurami Bezpieczeństwa na terenie Szkoły Podstawowej nr 7 z Oddziałami Integracyjnymi im. A.Mickiewicza w Zamościu
3. Mimo wprowadzonych w szkole obostrzeń sanitarnych i wdrożonych wszelkich środków ochronnych zdaję sobie sprawę, że na terenie szkoły może dojść do zakażenia COVID – 19.
4. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia w szkole zarówno moja rodzina, jak i najbliższe otoczenie zostanie skierowane na 14-dniową kwarantannę.
5. Dziecko **nie jest/jest** (niewłaściwe skreślić) uczulone na wszelkie środki dezynfekujące.
6. W sytuacji zarażenia się mojego dziecka na terenie placówki nie będę wnosił skarg, zażaleń, pretensji do dyrektora Szkoły Podstawowej nr 7 im. Adama Mickiewicza w Zamościu oraz Organu Prowadzącego, będąc całkowicie świadom zagrożenia epidemiologicznego wynikającego z panującej obecnie pandemii.
7. Oświadczam, że moja córka/mój syn będzie korzystał z zajęć rewalidacyjnych w następujących dniach: ………………………………………………………………….

………………………………… …….………………………….………

*(miejscowość, data) (podpis rodzica/opiekuna prawnego)*