

Dane kontaktowe do rodzica/opiekuna prawnego

Imię i nazwisko:

**OŚWIADCZENIE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO
O STANIE ZDROWIA DZIECKA W ZWIĄZKU EPIDEMIĄ COVID-19**

- Oświadczam, że jest zdrowy(a), bez objawów
(imię i nazwisko dziecka)
infekcji sugerujących wystąpienie choroby zakaźnej.
- Uczestnik nie zamieszkuje z osobą przebywającą na kwarantannie oraz nie miał(a) kontaktu z osobą podejrzaną o zakażenie w okresie 14 dni poprzedzających termin warsztatów.
- Oświadczam również, że jest przygotowany(a)
(imię i nazwisko dziecka)
do stosowania się do wytycznych i regulaminów uczestnictwa związanych z zachowaniem dystansu społecznego (co najmniej 1,5 m) oraz przestrzeganiem wzmożonych zasad higieny.
- W przypadku, gdy w ciągu 14 dni od dnia udziału dziecka w warsztatach wystąpią u niego objawy zakażenia COVID-19, zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o tym fakcie właściwe miejscowo służby sanitarne i epidemiologiczne, a także organizatora warsztatów na adres mailowy: biuro@cdw.edu.pl oraz podjąć niezbędne kroki wg wskazań GIS <https://www.gov.pl/web/koronawirus>.

.....

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego

ZGODA RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA

Wyrażam zgodę na pomiar temperatury mojemu dziecku podczas trwania warsztatów.

.....

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego