

Stalowa Wola dn.

OŚWIADCZENIA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH

Oświadczam, że:

.....
(nazwisko i imię dziecka)

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

Stan zdrowia podopiecznego jest dobry, nie przejawia żadnych oznak chorobowych np. podwyższona temperatura, katar, alergia, kaszel, biegunka, duszności, wysypka, bóle mięśni, ból gardła, utrata smaku czy węchu i inne nietypowe.

Jednocześnie oświadczam, iż jestem świadom/świadoma pełnej odpowiedzialności za przestrzeganie wymagań wskazanych w procedurach bezpieczeństwa WTZ przy Stowarzyszeniu Na Rzecz Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej „Szansa” w Stalowej Woli w aktualnej sytuacji epidemiologicznej.

Oświadczam, iż zostałam/łem poinformowany/a o ryzyku, na jakie jest narażone zdrowie mojego podopiecznego i naszych rodzin tj.:

- mimo wprowadzonych w Warsztacie obostrzeń sanitarnych i wdrożonych wszelkich środków ochronnych zdaję sobie sprawę, że na terenie placówki może dojść do zakażenia COVID – 19,
- w przypadku wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia w Warsztacie (nie tylko na terenie) personel/uczestnik/rodzic uczestnika – zdaje sobie sprawę, iż zarówno moja rodzina, jak i najbliższe otoczenie zostanie skierowane na 14-dniową kwarantannę,
- w sytuacji wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia u podopiecznego, jego rodziców lub personelu Warsztat zostaje zamknięte do odwołania, a wszyscy przebywający w danej chwili na jego terenie oraz ich rodziny i najbliższe otoczenie przechodzą kwarantannę,
- w przypadku zaobserwowania niepokojących objawów u Uczestnika/Pracownika, osoba ta zostanie natychmiast umieszczona w przygotowanym wcześniej IZOLATORIUM, wyposażonym w niezbędne środki ochrony osobistej, niezwłocznie zostanie powiadomiony Rodzic/Opiekun Uczestnika oraz stosowne służby i organy,
- Uczestnik **nie jest/jest** (niewłaściwe skreślić) uczulony na wszelkie środki dezynfekujące.

Oświadczam, że w sytuacji zarażenia się Uczestnika na terenie placówki nie będę wnosił/ła skarg, zażaleń, pretensji do Warsztatu lub organu prowadzącego będąc całkowicie świadom/a zagrożenia epidemiologicznego płynącego z obecnej sytuacji w kraju.

.....
(podpis Uczestnika)

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

Załącznik nr 2 do Procedur bezpieczeństwa na terenie placówki w okresie pandemii COVID-19

.....
.....
.....
(nazwisko i imię oraz adres zamieszkania rodzica/opiekuna)

Stalowa Wola dn.

DEKLARACJA RODZICA/OPIEKUNA

Ja niżej podpisana/podpisany oświadczam, że:

- Zapoznałem/łam się z treścią „**PROCEDUR BEZPIECZEŃSTWA NA TERENIE PLACÓWKI W OKRESIE PANDEMII COVID-19**”
- Zobowiązuję się do przestrzegania obowiązujących **PROCEDUR BEZPIECZEŃSTWA NA TERENIE PLACÓWKI W OKRESIE PANDEMII COVID-19** związanych z reżimem sanitarnym przede wszystkim: wysyłania do Warsztatu tylko i wyłącznie zdrowego Uczestnika, bez kataru, kaszlu, podwyższonej temperatury ciała oraz natychmiastowego odebrania Uczestnika z placówki (max. 30 min) w razie wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych w czasie pobytu w placówce. Przyjmuje do wiadomości i akceptuje, iż w chwili widocznych oznak choroby u podopiecznego nie zostanie on/ona w danym dniu przyjęty/ta do placówki i będzie mogło do niej wrócić po ustaniu wszelkich objawów chorobowych min. 4 dni.
- Wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała:
 - przy wejściu i wyjściu z placówki uczestnika oraz osoby przyprowadzającej termometrem bezdotykowym,
 - w razie zaobserwowania u uczestnika niepokojących objawów zdrowotnych.
- Zobowiązuję się do poinformowania Kierownika Warsztatu o wszelkich zmianach w sytuacji zdrowotnej odnośnie wirusa COVID-19 w moim najbliższym otoczeniu.

.....
(podpis Uczestnika)

.....
(podpis rodzica/opiekuna)