



Szkoła Podstawowa nr 2 im. Królowej Jadwigi
62-020 Swarzędz, ul. Polna 21
tel. 61-817-25-74, tel. 512-053-010

**ZGODA NA WYKONANIE POMIARU TEMPERATURY CIAŁA DZIECKA
W CELU ZAPEWNIENIA BEZPIECZNEGO POBYTU UCZNIĄ
ORAZ BEZPIECZEŃSTWA INNYCH UCZNIÓW I PRACOWNIKÓW PLACÓWKI
OD DNIA 15.06.2020 KLASY IV-VIII**

Swarzędz, dnia

Imię i nazwisko rodziców/opiekunów prawnych:.....

.....

Imię i nazwisko dziecka:

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA DZIECKA

1. Czy dziecko czuje się zdrowe? **TAK/NIE**
2. Czy u dziecka występują: duszności, kaszel, katar, gorączka, utrata apetytu, osłabienie?
TAK/NIE (zaznaczyć objaw, który występuje)
3. Czy w ciągu ostatnich 14 dni, dziecko miało kontakt z osobą chorą, u której stwierdzono COVID-19 bądź z osobą, która przebywa na kwarantannie? **TAK/NIE**
4. Czy w ciągu ostatnich 7 dni, dziecko miało kontakt z osobą chorą, przeziębioną itp.?
TAK/NIE

Oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą, nie istnieją żadne przeciwwskazania zdrowotne do uczęszczania mojego dziecka do szkoły.

Mam pełną świadomość zagrożenia jakie niesie ze sobą koronawirus. Biorę pełną odpowiedzialność za dobrowolne posyłanie dziecka do placówki.

.....

Podpis rodziców/opiekunów prawnych

ZGODA NA POMIAR TEMPERATURY CIAŁA DZIECKA

Wyrażam zgodę przez czas trwania stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego, spowodowanego chorobą COVID-19 do badania temperatury ciała mojego dziecka przy użyciu termometru, każdego dnia przy wejściu dziecka do szkoły oraz przy wyjściu dziecka z placówki. Powyższa zgoda ma na celu realizację przez szkołę działań prewencyjnych i zapobiegawczych, związanych z ogłoszonym stanem epidemii.

.....

Podpis rodziców/opiekunów prawnych