 Załącznik Nr 1

Zgoda na pomiar temperatury ciała dziecka

Niniejszym 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 przed przyjęciem mojego dziecka do przedszkola oraz w trakcie jego pobytu w przedszkolu. Powyższa zgoda ma na celu realizację przez przedszkole działań prewencyjnych i zapobiegawczych, związanych z ogłoszonym stanem epidemii.

…..........................................................

podpis rodzica/opiekuna prawnego

Oświadczam, że zapoznałem się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 dostępną na stronie internetowej Administratora, na drzwiach wejściowych oraz w sekretariacie.

…..................................

podpis rodzica

Załącznik nr 2

Świętochłowice, …………………………………..

……………………………………………..

(imię i nazwisko ucznia)

OŚWIADCZENIE RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA UCZNIA

Oświadczam, że zostałem/-łam poinformowany/-a o WEWNĘTRZNA PROCEDURA BEZPIECZEŃSTWA  W WARUNKACH PANDEMII COVID-19 W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 4 IM.T. KOŚCIUSZKI W   ŚWIĘTOCHŁOWICACH, zobowiązuje się do jej przestrzegania i jestem świadomy zagrożeń epidemicznych wynikających z bezpośredniego kontaktu z nauczycielem/udziału w zajęciach na terenie szkoły.

Podaję numer telefonu pod którym będę dostępny podczas pobytu dziecka w szkole ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

….......................................................................................  
*podpis rodzica/prawnego opiekuna*

Oświadczam, że zapoznałem się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 dostępną na stronie internetowej Administratora, na drzwiach wejściowych oraz w sekretariacie.

….......................................................................................  
*podpis rodzica/prawnego opiekuna*

Załącznik nr 3

Świętochłowice, dnia………………………………………………

………………………………………………….

*(imię i nazwisko)*

………………………………………………….

*(adres zamieszkania)*

Zgoda  
Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zajęciach rewalidacyjnych/konsultacjach\*

Zapoznałem się z procedurami obowiązującymi na terenie Szkoły Podstawowej Nr 4 w Świętochłowicach w okresie zagrożenia epidemiologicznego COVID-19 . Wyrażam zgodę na mierzenie temperatury przed przystąpieniem do zajęć.

……………………………………..……………………………………………..

podpis rodzica/opiekuna prawnego

Oświadczam, że zapoznałem się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 dostępną na stronie internetowej Administratora, na drzwiach wejściowych oraz w sekretariacie.

……………………………………..……………………………………………..

podpis rodzica/opiekuna prawnego

\*właściwe podkreślić

Załącznik nr 4

**ANKIETA**

**Oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego ucznia**

**w związku z uczestnictwem w zajęciach świetlicowych/rewalidacyjnych/specjalistycznych\***   
**w Szkole Podstawowej Nr 4 im. T. Kościuszki w Świętochłowicach w okresie zagrożenia epidemiologicznego COVID-19**

………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko ucznia/uczennicy)*

Mając na uwadze niezbędne środki ostrożności w związku z sytuacją epidemiologiczną związaną  z wirusem COVID-19 niniejszym **oświadczam, że ja i moje dziecko w ciągu ostatnich 14 dni:**

1. nie miałem/-am kontaktu z osobami z obszarów zagrożonych,
2. nie miałem/-am kontaktu z osobami poddanymi kwarantannie,
3. nie jestem objęty/-a kwarantanną lub nadzorem epidemiologicznym,
4. nie miałem kontaktu z osobami ze zdiagnozowanym COVID-19.

1. nie przebywałem w kraju ryzyka wskazanym przez WHO i GIS.

**Jednocześnie informuję, że:**

1.Dziecko czuje się zdrowe: TAK/NIE

2.U dziecka  występują: duszności, kaszel, katar, gorączka, biegunka, utrata apetytu, osłabienie – zaznaczyć objaw który występuje TAK/NIE

3.Dziecko miało kontakt z osobą chorą, przeziębioną itp.? TAK/NIE

W razie podejrzenia zakażenia wirusem COVID-19 prosimy o poinformowanie Sanepidu o udziale w zajęciach w naszej placówce.   
Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń rt. 233 § 1 i §6 Kodeksu Karnego oświadczam, że wszystkie dane i informacje są prawdziwe.

Świętochłowice, ……....................                                      ………..........……………………………………..

*podpis rodzica/opiekuna prawnego*  
 

*Oświadczam, że zapoznałem się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 dostępną na stronie internetowej Administratora, na drzwiach wejściowych oraz w sekretariacie.*

*………………………………………………………..…………………*   
*podpis rodzica/opiekuna prawnego*

\*właściwe podkreślić

Załącznik nr 5

HARMONOGRAM KONSULTACJE DLA UCZNIÓW KLAS ÓSMYCH OBOWIĄZUJĄCY

OD 25 MAJA 2020 R. ORAZ REWALIDACJI

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| PONIEDZIAŁEK | | | | |
| NR SALI | NAUCZYCIEL | GODZINY | NAUCZYCIEL | GODZINY |
| 2 | Katarzyna Repetowska | 8:00 – 10:00 | Mirosław Szweda | 10:30 – 11:45 |
| 5 | Paweł Jarczyk | 10:00 – 11:30 | Mariusz Wierzbicki | 11:00 – 12:30 |
| 6 |  |  | - | - |
| WTOREK | | | | |
| 2 | Aleksandra Musioł-Brzenczek | 9:00 – 11:00 | - | - |
| 5 | Halina Leszczyńska | 9:00 – 10:00 | Joanna Mokwa | 10:30 – 12:00 |
| 6 | Sylwia Kołodziejczyk-Sioma | 9:00 - 11:45 | Sylwia Bartosz | 12:15 - 13:45 |
| ŚRODA | | | | |
| 2 | - | - | - | - |
| 5 | Patrycja Jakubowska | 9:00 – 10:00 | - | - |
| 6 | - | - | - | - |
| CZWARTEK | | | | |
| 2 | Anna Grzywocz | 8:00 – 9:30 | Mateusz Raabe | 10:00 – 11:15 |
| 5 | Brygida Stalmach- Morawiec | 8:00 – 9:15 | Halina Leszczyńska | 9:45 – 10:45 |
| 6 | Anida Kucharczyk | 8:00 – 9:15 | Joanna Majka-Górecka | 10:00- 11:15 |
| PIĄTEK | | | | |
| 2 | Lidia Janek | 9:00 – 10:30 |  |  |
| 5 | Patrycja Jakubowska | 9:00 – 10:00 | Zbigniew Porembski | 10:30 – 11:15 |
| 6 | - | - | - | - |

Praca świetlicy od 25 maja 2020 r.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO | PONIEDZIAŁEK | WTOREK | ŚRODA | CZWARTEK | PIĄTEK |
| Bożena Dziarmaga | 6:30 – 12:30 | 6:30 – 11:30 | 6:30 – 11:30 | 6:30 – 11:30 | 6:30 – 11:30 |
| Magdalena Małecka | 12:30 – 15:30 | 11:30 – 15:30 | 11:30 – 15:30 | 11:30 – 15:30 | 11:30 – 15:30 |

Załącznik nr 6

**Oświadczenie pracownika**

**Szkoły Podstawowej Nr 4 w Świętochłowicach**

**w okresie zagrożenia epidemiologicznego COVID-19**

Mając na uwadze niezbędne środki ostrożności w związku z sytuacją epidemiologiczną związaną z wirusem COVID-19 niniejszym oświadczam, że w ciągu ostatnich 14 dni:

1. nie przebywałem/-am w kraju ryzyka wskazanym przez WHO i GIS,
2. nie miałem/-am kontaktu z osobami z obszarów zagrożonych,
3. nie miałem/-am kontaktu z osobami poddanymi kwarantannie,
4. nie jestem objęty/-a kwarantanną lub nadzorem epidemiologicznym,
5. nie miałem kontaktu z osobami ze zdiagnozowanym COVID-19.

W razie podejrzenia zakażenia wirusem COVID-19 prosimy o poinformowanie Sanepidu o udziale w zajęciach w naszej placówce.  
Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń art. 233 § 1 i §6 Kodeksu Karnego oświadczam, że wszystkie dane i informacje są prawdziwe.

….......................................  
*podpis pracownika*

Oświadczam, że zapoznałem się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 dostępną u dyrektora placówki, udostępnioną mi do wglądu przy wypełnianiu ankiety, wywieszoną w pokoju nauczycielskim/sekretariacie.

….......................................  
*podpis pracownika*

Załącznik nr 6

**Oświadczenie pracownika**

**Szkoły Podstawowej Nr 4 w Świętochłowicach**

**w okresie zagrożenia epidemiologicznego COVID-19**

Mając na uwadze niezbędne środki ostrożności w związku z sytuacją epidemiologiczną związaną z wirusem COVID-19 niniejszym oświadczam, że w ciągu ostatnich 14 dni:

1. nie przebywałem/-am w kraju ryzyka wskazanym przez WHO i GIS,
2. nie miałem/-am kontaktu z osobami z obszarów zagrożonych,
3. nie miałem/-am kontaktu z osobami poddanymi kwarantannie,
4. nie jestem objęty/-a kwarantanną lub nadzorem epidemiologicznym,
5. nie miałem kontaktu z osobami ze zdiagnozowanym COVID-19.

W razie podejrzenia zakażenia wirusem COVID-19 prosimy o poinformowanie Sanepidu o udziale w zajęciach w naszej placówce.  
Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń art. 233 § 1 i §6 Kodeksu Karnego oświadczam, że wszystkie dane i informacje są prawdziwe.

….......................................  
*podpis pracownika*

Oświadczam, że zapoznałem się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 dostępną u dyrektora placówki, udostępnioną mi do wglądu przy wypełnianiu ankiety, wywieszoną w pokoju nauczycielskim/sekretariacie.

….......................................  
*podpis pracownika*

Załącznik nr 7

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA   
  
 Oświadczam, że zostałem/-łam zapoznany/-a z WEWNĘTRZNA PROCEDURA BEZPIECZEŃSTWA  W WARUNKACH PANDEMII COVID-19 W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 4 IM.T. KOŚCIUSZKI W   ŚWIĘTOCHŁOWICACH, zobowiązuję się do jej przestrzegania.  
Oświadczam, że zapoznałem się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 dostępną u dyrektora placówki, wywieszoną na drzwiach szkoły oraz sekretariacie.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko pracownika | data | Podpis pracownika |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |