

## OŚWIADCZENIA RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH ZGODA NA POMIAR TEMPERATURY CIAŁA DZIECKA

1. Oświadczam, że moje dziecko:

.....  
(nazwisko i imię dziecka)

Oświadczam, że stan zdrowia dziecka/dzieci jest dobry, nie przejawia/ją żadnych oznak chorobowych (podwyższona temperatura, kaszel, katar, alergii, biegunka, duszności, wysypka, bóle mięśni, ból gardła, utrata smaku i węchu i inne nietypowe).

Jednocześnie oświadczam, iż jestem świadom/a pełnej odpowiedzialności za dobrowolne posłanie dziecka do Żłobka Samorządowego Nr 13 w Kielcach w aktualnej sytuacji epidemiologicznej.

2. Oświadczam, iż zostałem/łam poinformowany/a o ryzyku, na jakie jest narażone zdrowie mojego dziecka i naszych rodzin tj.:

- mimo wprowadzonych w żłobku obostrzeń sanitarnych i wdrożonych wszelkich środków ochronnych zdaję sobie sprawę, że na terenie placówki może dojść do zakażenia chorobą zakaźną lub infekcją;
- w przypadku wystąpienia u dziecka w czasie pobytu w żłobku objawów infekcji górnych dróg oddechowych (w szczególności temperatura powyżej 38°C, kaszek, duszność **dziecko w trybie pilnym zostanie odebrane z placówki.**
- w przypadku zaobserwowania niepokojących objawów u dziecka/osoby z kadry pracowniczej, osoba ta zostanie natychmiast umieszczona w przygotowanym wcześniej wyznaczonym miejscu, wyposażonym w niezbędne środki ochrony osobistej, niezwłocznie zostanie powiadomiony rodzic/opiekun prawny dziecka oraz stosowne służby i organy.

3. Oświadczam, że w sytuacji zarażenia się mojego dziecka na terenie placówki nie będę wnosił skarg, zażaleń, pretensji do organu prowadzącego będąc całkowicie świadom zagrożenia epidemiologicznego płynącego z obecnej sytuacji w kraju.

4. Zobowiązuję się do przestrzegania obowiązujących w placówce procedur związanych z reżimem sanitarnym przede wszystkim: przyprawiania do żłobka tylko i wyłącznie zdrowego dziecka, bez kataru, kaszlu, podwyższonej temperatury ciała oraz natychmiastowego odebrania dziecka z placówki w razie wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych\* w czasie pobytu w placówce. Przyjmuję do wiadomości i akceptuję, iż w chwili widocznych oznak choroby u mojego dziecka, dziecko nie zostanie w danym dniu przyjęte do placówki i będzie mogło do niej wrócić po ustaniu wszelkich objawów chorobowych.

**\*Jako objawy infekcji rozumie się np. gorączka, katar, kaszel, biegunka, duszności, wysypka, bóle mięśni, ból gardła, utrata smaku czy węchu i inne nietypowe.**

5. Zobowiązuję się do poinformowania dyrektora placówki poprzez kontakt telefoniczny (41 367 66 69, 41 367 60 17) o wszelkich zmianach w sytuacji zdrowotnej odnośnie infekcji lub choroby zakaźnej w moim najbliższym otoczeniu.

6. **WYRAŻAM ZGODĘ NA POMIAR TEMPERATURY U MOJEGO DZIECKA.**

.....  
(podpisy rodziców / opiekunów prawnych)

Kielce, dnia .....