

**Publiczna Szkoła Podstawowa**  
**im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego**  
**w Woli Dębińskiej**  
**TEL.14 66 58 218**

**ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO  
(RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO)**

na pomiar temperatury ciała ucznia, jeżeli zaistnieje taka konieczność, w przypadku wystąpienia niepokojących objawów chorobowych.  
Oświadczam, że zapoznałam(łem) się z procedurą na wypadek zagrożenia COVID-19 w zakresie zasad i trybu zapobiegania zakażeniu i rozprzestrzenianiu się choroby w PSzP w Woli Dębińskiej.

Informacja:

W przypadku pojawienia się niepokojących objawów choroby, dziecko zostanie odizolowane w odrębnym pomieszczeniu lub w wyznaczonym miejscu z zapewnieniem min. 2 m odległości od innych osób i niezwłocznie zostaną powiadomieni rodzice/opiekunowie w celu odebrania ucznia ze szkoły.

Zobowiązuje się do poinformowania dyrektora placówki o wszelkich zmianach w sytuacji zdrowotnej odnośnie wirusa COVID-19 w moim najbliższym otoczeniu.

**Dane ucznia**

Imię nazwisko.....

PESEL: .....

**Dane przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego) ucznia**

Imię nazwisko: .....

PESEL.....

stopień pokrewieństwa (np. ojciec, matka).....

adres zamieszkania .....

.....

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała**

bez mojej obecności u .....

(imię nazwisko dziecka)

.....

(data, podpis rodzica/ prawnego opiekun)