**Oświadczenie Rodziców/prawnych opiekunów uczestników wypoczynku:**

Oświadczam, że:

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

 (imię i nazwisko dziecka)

* jest zdrowa/y i nie posiada objawów chorobowych sugerujących chorobę zakaźną. W razie zmian w stanie zdrowia dziecka, poinformuję o tym fakcie kierownika i wychowawcę półkolonijnego;
* w/w nie zamieszkiwał/a z osobą przebywającą na kwarantannie i nie miał/a kontaktu z osobą podejrzaną o zakażenie w okresie 14 dni przed rozpoczęciem wypoczynku;
* w/w jest przygotowany/a do stosowania się do wytycznych i regulaminu półkolonii oraz przestrzegania wzmożonych zasad higieny;
* osoby odprowadzające dziecko do szkoły są i nie mają objawów infekcji lub choroby zakaźnej oraz nie zamieszkiwały z osobą przebywającą na kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych w okresie 14 dni przed rozpoczęciem wypoczynku (Prośba organizator: rodzice odprowadzający dzieci nie powinni wchodzić na teren szkoły);
* wyrażam zgodę na mierzenie temperatury w razie potrzeby metodą bezdotykową mojemu dziecku.

Ponadto, zobowiązuję się do:

* niezwłocznego – do 2 godzin – odbioru dziecka z półkolonii w przypadku podejrzenia przez lekarza jakiejkolwiek choroby;
* poinformowania kierownika i wychowawcę o fakcie, jeżeli dziecko choruje na chorobę przewlekłą, mogącą narazić je na cięższy przebieg zakażenia. W przypadku występowania
u uczestnika chorób przewlekłych konieczne jest dostarczenie opinii lekarskiej o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w wypoczynku.

………………………………………. ………………………………………………

 data podpis rodziców/ opiekunów prawnych

**Osoby które zdecydują że nie będą mogły spełnić w/w warunków mogą zrezygnować na zasadach określonych w Regulaminie organizacji i naboru na półkolonie ZIMA 2025**

Powyższe podpisane oświadczenie należy przesłać pocztą elektroniczną na adres kontakt@sp174.elodz.edu.pl

**W przypadku pytań proszę o kontakt mailowy lub telefoniczny – tel. 42 643-14-71.**