

## OŚWIADCZENIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH UCZESTNIKA

### ZAJĘĆ „Wakacje w Bibliotece Ratuszowej”

1. Oświadczam, że moja córka/syn/podopieczny:

.....  
.....

/imię i nazwisko uczestnika zajęć/

nie miał(a) kontaktu z osobą zakażoną wirusem SARS CoV-2 oraz nikt z członków najbliższej rodziny, otoczenia nie przebywa na kwarantannie, nie przejawia widocznych oznak choroby COVID-19.

2. Stan zdrowia mojego dziecka/podopiecznego jest dobry, nie przejawia ono/on żadnych oznak chorobowych przypisywanych objawom choroby COVID-19\*.

3. Oświadczam, iż jestem świadoma/y pełnej odpowiedzialności za dobrowolne posłanie dziecka na zajęcia organizowane przez Miejską Bibliotekę Publiczną im. Stanisława Grochowiaka w Lesznie pod nazwą „Wakacje w Bibliotece Ratuszowej” w aktualnej sytuacji epidemicznej.

4. Oświadczam, iż jestem świadoma/y ryzyka, na jakie jest narażone zdrowie mojego dziecka i mojej rodziny, tj: — mimo wprowadzonych przez Miejską Bibliotekę Publiczną w Lesznie obostrzeń sanitarnych i wdrożenia wszelkich środków ochronnych zdaję sobie sprawę, że na terenie placówki może dojść do zakażenia COVID-19; — w przypadku wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia zarówno moja rodzina, jak i najbliższe otoczenie zostanie skierowane na 14-dniową kwarantannę; — — w przypadku zaobserwowania niepokojących objawów u dziecka, zostanie ono natychmiast umieszczone w przygotowanym wcześniej izolatorium, wyposażonym w niezbędne środki ochrony osobistej, niezwłocznie powiadomiony zostanie też rodzic/opiekun prawny dziecka oraz stosowne służby i organy; zobowiązuję się do natychmiastowego odebrania dziecka z placówki (max. 1 godz.) w razie wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych w czasie pobytu dziecka w placówce.

5. Oświadczam, że w sytuacji zarażenia się mojego dziecka na terenie miejsc zajęć nie będę wnosił skarg, zażaleń, pretensji do ORGANIZATORA, będąc całkowicie świadom zagrożenia epidemicznego, płynącego z obecnej sytuacji w kraju.

6. Przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że w chwili widocznych oznak choroby u mojego dziecka, dziecko nie zostanie dopuszczone do udziału w zajęciach.

7. Zobowiązuję się do poinformowania dyrektora MBP poprzez kontakt telefoniczny o wszelkich zmianach w sytuacji zdrowotnej odnośnie wirusa SARS CoV-2 w moim najbliższym otoczeniu, tj. gdy ktoś z mojej rodziny zostanie objęty kwarantanną lub zachoruje na COVID-19.

8. Zobowiązuję się przyprowadzać do miejsca zajęć tylko i wyłącznie zdrowe dziecko, bez oznak chorobowych przypisywanych zakażeniu COVID -19\*.

.....

Miejscowość, data Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego uczestnika zajęć

\*Jako objawy infekcji rozumie się np.: gorączka – powyżej 37,2°C, katar, kaszel, biegunka, duszności, wysypka, bóle mięśni, ból gardła, utrata smaku lub węchu i inne nietypowe, niepokojące zachowania dziecka