*Załącznik nr 1*

**Przedszkole Nr 12 w Gnieźnie**

Imię i nazwisko dziecka …………………………………….……………….

Imię i nazwisko Rodzica/Rodziców………………………………………….

Numery telefonu do kontaktu……………………………..………………….

**Szanowni Państwo**

Powrót dzieci do przedszkola obciążony jest zwiększoną emisją czynników wywołujących COVID-19, zarówno u dziecka, rodziców lub opiekunów, jak i innych domowników.

Zgodnie z rekomendacją Ministra Ministerstwa Zdrowia, Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz w trosce o bezpieczeństwo Państwa, dzieci i personelu przedszkola prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania.

ANKIETA (otocz pętlą prawidłową odpowiedź)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Czy w ciągu 2 tygodni przebywał Pan/Pani/dziecko/ktoś z domowników za granicą? | | TAK | NIE |
| 2. | Czy Pan/Pani/dziecko/ktoś z domowników jest objęty obecnie kwarantanną/ nadzorem epidemiologicznym? | | TAK | NIE |
| 3. | Czy obecnie występują u dziecka objawy infekcji \*? | | TAK | NIE |
| 4. | Czy obecnie lub w ciągu ostatnich dwóch tygodni występowały u kogoś z domowników objawy infekcji\*? | obecnie | TAK | NIE |
| w ciągu ostatnich 2 tygodni | TAK | NIE |
| 5. | Czy Pan/Pani/ dziecko/ ktoś z domowników miał kontakt w ciągu ostatnich 2 tygodni kontakt z osobą zakażoną wirusem Covid-19 ? | | TAK | NIE |

………………………………………..………..

podpis rodzica/rodziców/opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIA

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

- mimo wprowadzonych w przedszkolu obostrzeń sanitarnych i wdrożonych wszelkich środków ochronnych zdaję sobie sprawę, że na terenie placówki może dojść do zakażenia Covid – 19

- w przypadku wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia w przedszkolu (nie tylko na terenie) personel/dziecko/rodzic dziecka – zdaje sobie sprawę, iż zarówno moja rodzina, jak i najbliższe otoczenie może zostać skierowane na 14-dniową kwarantannę.

- w sytuacji wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia u dziecka, jego rodziców lub personelu - zdaje sobie sprawę, iż zajęcia stacjonarne w przedszkolu mogą zostać częściowo lub w całości zawieszone w jednej grupie, kilku grupach lub w całym przedszkolu, w zakresie wszystkich lub poszczególnych zajęć.

- w przypadku zaobserwowania niepokojących objawów u dziecka/osoby z kadry pracowniczej,(jeżeli pomiar termometrem bezdotykowym wynosi 38°C lub wyżej) zdaje sobie sprawę, iż osoba ta zostanie natychmiast umieszczona w przygotowanym wcześniej izolatorium, wyposażonym w niezbędne środki ochrony osobistej, po otrzymaniu powiadomienia niezwłocznie odbiorę dziecko z przedszkola i obowiązkowo skorzystam z tele - porady medycznej.

………………………………………..………..

podpis rodzica/rodziców/opiekuna prawnego

1. Zobowiązuję się do przestrzegania obowiązujących w placówce regulaminów związanych z reżimem sanitarnym przede wszystkim: przyprowadzania do przedszkola tylko i wyłącznie zdrowego dziecka, bez kataru, kaszlu, podwyższonej temperatury ciała

………………………………………..………..

podpis rodzica/rodziców/opiekuna prawnego

1. Oświadczam, iż zostałam poinformowany/a i akceptuje, iż w chwili widocznych oznak choroby u mojego dziecka, nie zostanie ono w danych dniu przyjęte do placówki i będzie mogło do niej wrócić po ustaniu wszelkich objawów chorobowych.

………………………………………..………..

podpis rodzica/rodziców/opiekuna prawnego

1. Zobowiązuję się do natychmiastowego odebrania dziecka z placówki (max.30 min) w razie wystąpienia u niego jakichkolwiek objawów chorobowych podczas pobytu w przedszkolu.

………………………………………..………..

podpis rodzica/rodziców/opiekuna prawnego

1. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania dyrektora placówki poprzez kontakt telefoniczny o wszelkich zmianach w sytuacji zdrowotnej odnośnie wirusa Covid-19 w moim najbliższym otoczeniu tj. gdy ktoś z mojej rodziny zostanie objęty kwarantanną lub zachoruje na Covid – 19.

………………………………………..………..

podpis rodzica/rodziców/opiekuna prawnego

1. Wyrażam zgodę na pomiar temperatury u mojego dziecka w przypadku wystąpienia niepokojących objawów chorobowych.

………………………………………..………..

podpis rodzica/rodziców/opiekuna prawnego

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