

Studium Języków Obcych Supernova

OŚWIADCZENIE UCZNIĄ

Ja niżej podpisany/a:(IMIĘ I NAZWISKO , PESEL ,NR TEL. UCZNIĄ)
oświadczam, że:

1. Nie miałem/am kontaktu z osobą zakażoną wirusem Covid-19 oraz nikt z członków najbliższej rodziny, otoczenia nie przebywa na kwarantannie, nie przejawia widocznych oznak choroby. Mój stan zdrowia jest dobry, nie przejawiam żadnych oznak chorobowych, np. podwyższona temperatura, katar, alergia, kaszel, biegunka, duszności, wysypka, bóle mięśni, ból gardła, utrata smaku czy węchu i inne nietypowe.
2. Jestem świadom/ świadoma pełnej odpowiedzialności za dobrowolne uczestnictwo w kursach w siedzibie Studium Języków Obcych Supernova w aktualnej sytuacji epidemiologicznej i została (e)m poinformowany/a o ryzyku, na jakie jest narażone zdrowie moje i mojej rodziny.
4. Mimo wprowadzonych w szkole obostrzeń sanitarnych i wdrożonych wszelkich środków ochronnych zdaję sobie sprawę, że na terenie placówki może dojść do zakażenia COVID – 19.
5. W przypadku wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia w szkole (nie tylko na terenie) zdaję sobie sprawę, iż zarówno moja rodzina, jak i najbliższe otoczenie zostanie skierowane na kwarantannę.
6. W sytuacji wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia u mnie, mojej rodziny lub personelu szkoła zostaje zamknięta do odwołania, a wszyscy przebywający w danej chwili na terenie placówki oraz ich rodziny i najbliższe otoczenie przechodzą kwarantannę.
7. W sytuacji zarażenia się na terenie placówki nie będę wnosić skarg, zażaleń, pretensji do dyrektora Studium Języków Obcych Supernova, będąc całkowicie świadom/a zagrożenia epidemiologicznego wynikającego z panującej obecnie pandemii.
8. Zostałem/am poinformowany i zapoznałem/łam się z Procedurami Bezpieczeństwa na terenie Studium Języków Obcych Supernova i zobowiązuję się do ich przestrzegania , przede wszystkim do przychodzenia do szkoły tylko i wyłącznie będąc zdrowym, bez kataru, kaszlu, podwyższonej temperatury ciała oraz do posiadania własnej osłony nosa i ust oraz do zakrywania nosa i ust do momentu zajęcia miejsca w sali lekcyjnej.
9. Przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę, iż w chwili widocznych oznak choroby, a także jeżeli kontrolne sprawdzenie temperatury ciała wykaże wartości powyżej 37 stopni, w drodze jednostronnej decyzji nie będę mógł/ mogła uczestniczyć w zajęciach w danym dniu i będę mógł/ mogła wrócić po ustaniu wszelkich objawów chorobowych, po okazaniu zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego stan zdrowia, umożliwiający ponowne uczestnictwo w zajęciach.
10. Wyrażam zgodę na kontrolny pomiar temperatury ciała przez pracownika placówki z użyciem bezdotykowego termometru w razie zaobserwowania u mnie niepokojących objawów zdrowotnych.
11. Zobowiązuję się do poinformowania dyrektora placówki o wszelkich zmianach w sytuacji zdrowotnej odnośnie wirusa Covid-19 w moim najbliższym otoczeniu.

.....

miejsce, data

.....

podpis ucznia