

OŚWIADCZENIE RODZICÓW-EGZAMIN ÓSMOKLASISTY
Szkoła Podstawowa nr 20 im. ORŁA BIAŁEGO

.....
imię i nazwisko dziecka, klasa

Oświadczam, że:

- moja córka/ mój syn nie ma kontaktu z osobą zakażoną wirusem Covid-19,
- nikt z członków najbliższej rodziny/otoczenia córki/syna, nie przebywa na kwarantannie,
- nikt z członków najbliższej rodziny/otoczenia nie przejawia oznak choroby,
- stan zdrowia dziecka jest dobry, umożliwia udział w egzaminie,
- syn/córka nie przejawia żadnych oznak chorobowych, wskazujących na COVID 19,
- wyrażam zgodę na pomiar profilaktyczny temperatury ciała dziecka termometrem bezdotykowym, przy wejściu do szkoły i w razie potrzeby w trakcie pobytu na egzaminie,
- dziecko nie jest/jest (niewłaściwie skreślić) uczulone na wszelkie środki dezynfekujące,
- zapoznałem/am się z zasadami organizacji egzaminu obowiązującymi w SP 20 im. Orła Białego, opracowanego na podstawie Wytycznych przeciwepidemicznych GIS, MEN, MZ,
- deklaruje pełne zastosowanie się do w/w zasad oraz wyrażam zgodę na ich realizowanie przez placówkę,
- będę na bieżąco informował Dyrektora szkoły o istotnych zmianach w kwestii zdrowia mojego dziecka podczas epidemii,
- rozumiem, iż poświadczenie nieprawdy - a co za tym idzie narażanie osób drugich na zakażenie COVID-19 oraz umyślne i świadome rozprzestrzenianie chorób zakaźnych będzie zgłaszane do odpowiednich służb.

Mam świadomość, że:

-na terenie placówki może dojść do zakażenia COVID – 19, mimo dostosowania się do wytycznych GIS, MZ, MEN,
- w przypadku wystąpienia w szkole zakażenia lub podejrzenia o zakażenie wśród personelu/dzieci/rodziców, moja rodzina i jej najbliższe otoczenie zostaną objęte kwarantanną,
- w przypadku zaobserwowania niepokojących objawów u dziecka zostanie ono natychmiast umieszczone w przygotowanym wcześniej w placówce izolatorium, wyposażonym w niezbędne środki ochrony osobistej (o tym fakcie niezwłocznie zostanie powiadomiony rodzic dziecka oraz stosowne służby i organy).

Podaję nr telefonu do szybkiego kontaktu (nr tel.).
Zobowiązuję się do natychmiastowego odebrania telefonu ze szkoły w sprawie mojego dziecka.

.....
podpis rodziców

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka, dotyczących jego stanu zdrowia

.....
(podpis rodziców/opiekunów prawnych)

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) [2016/679](#) z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy [95/46/WE](#) (RODO) informujemy, że

Administratorem danych osobowych przetwarzającym Pani /Pana dane osobowe **jest Szkoła Podstawowa nr 20 im. Orła Białego;**

1. Inspektorem Ochrony Danych jest p. Marek Adamaszek, z którym kontakt możliwy jest pod **adresem email:**
madamaszek@zontekiwspolnicy.pl oraz telefonicznie: **+ 48 608294903**

2. Pani / Pana dane osobowe mogą być udostępniane odbiorcom upoważnionym do ich otrzymywania na podstawie przepisów prawa.