

ZALACZNIK 1

\_\_\_\_\_  
imię, nazwisko ucznia, data

**Zgodnie z rekomendacją Ministerstwa Zdrowia, Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz w trosce o bezpieczeństwo Państwa, oraz personelu Szkoły Podstawowej w Jutrosinie prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania:**

Czy w ciągu 2 tygodni przebywał Pan/Pani/dziecko za granicą?

TAK/NIE

Czy ktoś z Państwa domowników w ciągu ostatnich 2 tygodni przebywał za granicą?

TAK/NIE

Czy Pan/Pani/dziecko lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?

TAK/NIE

Czy obecnie występują u Pana/Pani/dziecka objawy infekcji?  
(gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?

TAK/NIE

Czy obecnie lub w ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników?

TAK/NIE

Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania szkoły o wystąpieniu jednego z ww. wskazań epidemicznych w przypadku ich wystąpienia w okresie prowadzenia zajęć rewalidacyjnych.

.....  
Data czytelny podpis rodzica/opiekuna

**Pouczenie**

1. Dane osobowe zawarte w mniejszym oświadczeniu będą wykorzystywane wyłącznie dla potrzeb związanych z organizacją zajęć rewalidacyjnych na podstawie ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2018 r. poz. 1457 ze zm.).
2. Administratorem danych osobowych zawartych we wniosku oraz załącznikach do wniosku jest dyrektor szkoły podstawowej, do której zgłoszenie zostało złożone.

**Oświadczenie wnioskodawcy**

1. Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
2. Oświadczam, iż zostałam/em zapoznana/ny z klauzulą informacyjną dla potrzeb rekrutacji w Szkole Podstawowej im. Władysława Bartkowiaka w Jutrosinie dostępnej w siedzibie Administratora, na tablicy informacyjnej oraz na stronie internetowej.

## ZAŁĄCZNIK 2

\_\_\_\_\_  
Imię, nazwisko rodzica/opiekuna

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data

\_\_\_\_\_  
adres

### **ZGODA NA UDZIAŁ W ZAJĘCIACH REWALIDACYJNYCH**

Organizowanych na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dn. 14 maja 2020 r.

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka .....  
w zajęciach rewalidacyjnych na terenie Szkoły Podstawowej im. Władysława Bartkowiaka w  
Jutrosinie , Zobowiązuję się do zapewnienia opieki dziecku po zakończeniu zajęć.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Procedurą organizacji zajęć rewalidacyjnych w Szkole  
Podstawowej im. Władysława Bartkowiaka w Jutrosinie , organizowanych na podstawie  
Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dn. 14 maja 2020 r.

**Numer telefonu:**

**Numer telefonu:**

Wyrażam zgodę na wykonanie pomiaru temperatury u dziecka przez wskazanego przez  
dyrektora pracownika Szkoły Podstawowej im. Wł. Bartkowiaka w Jutrosinie .

Zobowiązuję się do odbierania telefonu ze szkoły i odebrania natychmiastowego mojego  
dziecka w przypadku informacji o takiej konieczności.

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis

#### **Pouczenie**

3. Dane osobowe zawarte w mniejszym oświadczeniu będą wykorzystywane wyłącznie dla potrzeb związanych z organizacją zajęć rewalidacyjnych na podstawie ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2018 r. poz. 1457 ze zm.).
4. Administratorem danych osobowych zawartych we wniosku oraz załącznikach do wniosku jest dyrektor szkoły podstawowej, do której zgłoszenie zostało złożone.

#### **Oświadczenie wnioskodawcy**

3. Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
4. Oświadczam, iż zostałam/em zapoznana/ny z klauzulą informacyjną dla potrzeb rekrutacji w Szkole Podstawowej im .Wł.Bartkowiaka w Jutrosinie dostępnej w siedzibie Administratora, na tablicy informacyjnej oraz na stronie internetowej.