

**POTWIERDZENIE WOLI**  
**dotyczące uczestnictwa dziecka w konsultacjach**

Potwierdzam, że moje dziecko .....

*( imię i nazwisko )*

uczeń/uczennica klasy ..... będzie uczestniczyło w konsultacjach z:

.....

*( przedmioty )*

w dniu ....., w godzinach .....

W przypadku zmiany decyzji powiadomię o tym pisemnie dyrektora szkoły.

Telefon aktywny do natychmiastowego kontaktu .....

.....  
*(data, czytelny podpis Rodzica/opiekuna prawnego)*

Jednocześnie oświadczam, że moja córka/mój syn nie miał kontaktu z osobą zakażoną wirusem COVID – 19 oraz nikt z członków najbliższej rodziny, otoczenia nie przebywa na kwarantannie, nie przejawia widocznych oznak choroby. Stan zdrowia dziecka jest dobry, córka/syn nie przejawia żadnych oznak chorobowych.

.....  
*(data, czytelny podpis Rodzica/opiekuna prawnego)*

Oświadczam, że jestem świadom/świadoma pełnej odpowiedzialności za dobrowolne posłanie dziecka na konsultacje w Szkole Podstawowej Nr 13 im. Komisji Edukacji Narodowej w Jeleniej Górze w aktualnej sytuacji zagrożenia epidemiologicznego COVID – 19.

.....  
*(data, czytelny podpis Rodzica/opiekuna prawnego)*

Wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała mojego dziecka przed każdorazowym udaniem się na konsultacje, po ich zakończeniu oraz, jeżeli zaistnieje taka konieczność, w przypadku wystąpienia niepokojących objawów.

.....  
*(data, czytelny podpis Rodzica/opiekuna prawnego)*