

**Oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego
korzystającego z wizyty diagnostycznej
w Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Otwocku**

Ja niżej podpisana/y

rodzic/opiekun prawny dziecka

W związku z wizytą u (imię i nazwisko specjalisty)

zobowiązuję się do:

- przestrzegania obowiązującej w placówce procedury związanej z reżimem sanitarnym wdrożonym na czas trwania epidemii oraz stosować się do zaleceń wydawanych przez pracowników poradni;

Jednocześnie oświadczam że:

- stan zdrowia mój, mojego dziecka oraz pozostałych domowników jest dobry, nie mamy i nie mieliśmy w ciągu ostatnich 14 dni objawów sugerujących chorobę zakaźną (podwyższona temperatura ciała, kaszel, katar, biegunka, ból brzucha, bóle mięśni, wysypka, zaczerwienienie i/lub obrzęk palców u stóp itp.); nikt z nas nie miał w ciągu ostatnich 14 dni kontaktu z osobą zarażoną wirusem Covid-19, osobą przebywającą na kwarantannie czy w izolacji;
- jestem świadomy/a zagrożenia płynącego z sytuacji epidemiologicznej w kraju w związku z korzystaniem z usług poradni oraz ryzyka zachorowania pomimo wdrożonych środków bezpieczeństwa oraz rygorów sanitarnych;
- mam świadomość, że w przypadku wizyty w poradni z objawami sugerującymi możliwość zarażenia wirusem (kaszel, katar, wysypka, podwyższona temperatura ciała, wysypka itp.) mogę nie zostać przyjęty/przyjęta, a jeżeli niepokojące objawy ujawnią się w trakcie trwania wizyty, zostanie ona przerwana;
- gdyby w ciągu 14 dni od wizyty w Poradni, u mnie lub u mojego dziecka/ dziecka którego jestem opiekunem prawnym zostało stwierdzone zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2, zobowiązuję się poinformować o tym fakcie dyrektora Poradni, a służby sanitarne zawiadomić o wizycie w Poradni;
- mam świadomość, że jeśli u którejś z osób, z którymi moje dziecko/ dziecko którego jestem opiekunem prawnym i ja mieliśmy kontakt, w ciągu 14 dni od wizyty zostanie stwierdzone zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2, nasze dane zostaną przekazane służbom sanitarnym.

.....
(Miejscowość, data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Zgoda na pomiar temperatury ciała

W związku z zaleceniami Głównego Inspektora Sanitarnego w zakresie przeciwdziałania COVID -19 oraz zapewnienia bezpieczeństwa w Poradni wyrażam zgodę na bezdotkowy pomiar temperatury mojego ciała oraz ciała mojego dziecka / dziecka którego jestem opiekunem prawnym.

.....
(Miejscowość, data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Miejsce zamieszkania.....

Telefon kontaktowy