

**OŚWIADCZENIE
O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA ZAJĘĆ
I ŚWIADOMOŚCI RYZYKA**

.....
Imię i nazwisko uczestnika zajęć

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
Telefon kontaktowy do uczestnika zajęć lub rodzica/opiekuna prawnego

1. Zapoznałam/em się i akceptuję postanowienia regulaminu udziału w zajęciach artystycznych w Teatrze Zdrojowym – Centrum Kultury i Promocji w Polanicy-Zdroju w trakcie trwania ograniczeń związanych z COVID-19 i nie mam w stosunku do nich zastrzeżeń.
2. Jestem świadoma/y możliwości zarażenia się mnie/mojego dziecka i innych uczestników zajęć w Teatrze Zdrojowym – Centrum Kultury i Promocji w Polanicy-Zdroju COVID-19.
3. Jestem świadoma/y iż podanie nieprawdziwych informacji naraża na kwarantannę wszystkich uczestników zajęć wraz z pracownikami jednostki, jak również ich rodzinami.
4. Odpowiedzialność za podjętą przeze mnie decyzję związaną z uczestnictwem mojego dziecka/ moim w zajęciach w Teatrze Zdrojowym – Centrum Kultury i Promocji w Polanicy-Zdroju oraz narażenie na zakażenie COVID-19 jest po mojej stronie.
5. Nie jestem ja, ani moi najbliżsi domownicy (osoby zamieszkałe pod tym samym adresem) objęci kwarantanną, a każdy z domowników jest zdrowy.
6. Oświadczam, że ja/moje dziecko jest zdrowe. Nie ma kataru, kaszlu, gorączki, duszności, ani nie wystąpiły u mnie/u niego żadne niepokojące objawy chorobowe.
7. W ciągu ostatnich 24 godzin nie wystąpiły u mnie / mojego dziecka: gorączka, duszności, katar, kaszel, nie miałem(am)/nie miało ono świadomej styczności z osobami, które wróciły z zagranicy lub odbywały kwarantannę.
8. W przypadku gdyby mojego dziecka wystąpiły niepokojące objawy chorobowe zobowiązuję się do każdorazowego odbierania telefonu od pracowników Teatru Zdrojowego – Centrum Kultury i Promocji w Polanicy-Zdroju i odebrania dziecka w trybie natychmiastowym.
9. Przy każdorazowej zmianie powyższych oświadczeń natychmiast powiadomię pracowników Teatru Zdrojowego – Centrum Kultury i Promocji w Polanicy-Zdroju.
10. Wyrażam zgodę na przekazanie terenowej jednostce Sanepid danych osobowych w przypadku podejrzenia zarażenia COVID-19.

.....
Data

.....
czytelny podpis uczestnika zajęć
lub rodzica/opiekuna prawnego