

.....
(pieczęć i data)

OŚWIADCZENIE RODZICÓW

.....
(pieczęć szkoły)

Centrum Kształcenia
Zawodowego we
Wschowie
Plac Kosynierów 1
67-400 Wschowa

SKIEROWANIE

Dyrekcja
kieruje ucznia / uczennicę:
Imię i nazwisko:
Data i miejsce urodzenia:
PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

na kurs dokształcania w zakresie teoretycznych przedmiotów zawodowych
..... stopnia,
który odbędzie się w Centrum Kształcenia Zawodowego we Wschowie
w terminie
w zawodzie
(nazwa i numer zawodu)

.....
(pieczęć i podpis dyrektora)

Do wiadomości:

1. Pracodawca
2. Uczeń

Adres:

Miejscowość

Kod pocztowy

		-			
--	--	---	--	--	--

Ul.Nr domu

1. Zobowiązuję się do odebrania syna/córki z Internatu niezwłocznie po telefonicznym powiadomieniu o jego chorobie,
2. Zobowiązuję się do odebrania syna/córki w przypadku, gdy znajduje się pod wpływem środków odurzających,
3. Zobowiązuję się do terminowego uiszczenia opłat za zakwaterowanie mojego dziecka w internacie oraz wykupienia dla niego pełnego wyżywienia.
4. Wyrażam zgodę na:
 - samodzielny powrót syna/córki do domu,
 - samodzielne wyjścia z internatu w czasie wolnym
 - przeprowadzenie przez personel placówki pomiaru temperatury.
5. Za szkody spowodowane przez mojego syna/moją córkę spowodowane niewłaściwą eksploatacją odpowiadam materialnie i zobowiązuję się do terminowego naprawienia lub sfinansowania kosztów naprawy.
6. W przypadku zagrożenia zdrowia i życia mojego dziecka oraz w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 **upoważniam** wychowawcę Internatu do podjęcia decyzji w sprawie niezbędnej pomocy medycznej lub zabiegu wymagającego mojego podpisu - po uprzednim kontakcie telefonicznym z nami; [wpisać telefon kontaktowy rodzica]
Wyrażam zgodę, by wychowawca Internatu pełnił opiekę podczas udzielania pomocy medycznej mojemu dziecku.
7. Zgodnie z regulaminem internatu w przypadku podejrzenia spożycia alkoholu [bądź innego środka odurzającego] przez mojego syna / córkę wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania profilaktycznego [kontrola alkomatem lub wykonanie narkotestu]
8. Akceptuję przewidziane regulaminem konsekwencje wynikające:
 - ze spożycia środków odurzających przez mojego syna / córkę / podopiecznego.
 - z odmowy poddania się w/w badaniu przez mojego syna / córkę / podopiecznego

Oświadczenie powyższe pozostaje w mocy także w stosunku do osoby, która uzyskała pełnoletność.

.....
Podpis rodzica – (opiekuna prawnego)

.....
Podpis wychowanka

Podst. prawna: Ust. Z dn. 26 października 1982 o Wychowaniu w trzeźwości i przeciw-działaniu alkoholizmowi (DZ. U./2007 r. nr 70 poz.473)

**ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI W ZWIĄZKU Z
ZAPOBIEGANIEM, PRZECIWDZIAŁANIEM I ZWALCZANIEM COVID-19
DO INTERNATU CKZiU**

.....
(miejscowość, data)

IMIĘ I NAZWISKO UCZNIA	PESEL
NUMER TELEFONU DO KONTAKTU	
E-MAIL	

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) w rejonach transmisji korona wirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)?
 - ☐ TAK
 - ☐ NIE
2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pani(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie korona wirusem SARS COV-2?
 - ☐ TAK
 - ☐ NIE
3. Czy występują u Pana(i) objawy?
 - ☐ Gorączka powyżej 38°C
 - ☐ Kaszel
 - ☐ Uczucie duszności-trudności w nabieraniu powietrza
 - ☐ Żadne z wymienionych

.....
(czytelny podpis opiekuna prawnego)