Załącznik nr 1

Nazwa placówki: Szkoła Podstawowa z Oddziałami Przedszkolnymi w Bujakowie

 **ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI DZIECKA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko dziecka** |  |
| **Aktualny numer telefonu kontaktowego:** |  |
| **Matka/opiekunka prawna** |  |
| **Ojciec/opiekun prawny** |  |

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2? ***zakreśl właściwą odpowiedź***

 **Tak Nie**

1. Czy Pan(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)? ***zakreśl właściwą odpowiedź***

 **Tak Nie**

1. Czy obecnie występują u Pana(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)? ***zakreśl właściwą odpowiedź***

 **Tak Nie**

1. Inne nietypowe. Proszę podać jakie?

..................................................................................................................……….............

1. Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały ww. objawy u kogoś z domowników? ***zakreśl właściwą odpowiedź***

 **Tak Nie**

1. Które z kryteriów Państwo spełniają? ***postaw znak x w odpowiedniej rubryce***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryteria pierwszeństwa przyjęcia dziecka** | **tak** | **nie** |
|  **W pierwszej kolejności:**Dwoje Rodziców ***\**** pracuje w systemie ochrony zdrowia, w służbach mundurowych, w handlu lub w przedsiębiorstwie produkcyjnym realizującym zadania związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID 19  |  |  |
| **W drugiej kolejności**Dwoje Rodziców pracuje a przynajmniej jeden z nich wykonuje pracę systemie ochrony zdrowia, w służbach mundurowych, w handlu lub w przedsiębiorstwie produkcyjnym realizującym zadania związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19  |  |  |
| **W trzeciej kolejności:**Rodzic pracujący samotnie wychowujący dziecko. |  |  |
| **W czwartej kolejności:**Oboje Rodziców pracują - wykonują prace na terenie jednostek organizacyjnych pracodawców i nie mają możliwości pogodzenia pracy z opieką nad dzieckiem w domu. |  |  |

 Mając na uwadze powyższe zgłaszamy potrzebę objęcia zajęciami opiekuńczo-

wychowawczymi mojego dziecka codziennie w godzinach :

Od dnia:………………………………... w godz ………………………………………...…..

Dziecko będzie korzystało w tym czasie z ………………………………………... posiłków

 (ilość posiłków)

7.Oświadczam, że dziecko nie jest uczulone na środki do dezynfekcji powierzchni.

**INFORMACJA:**

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku, gdy okaże się, że ja lub któryś z domowników jest chory – również na odpowiedzialność karną.

……………………………………….

 Data miejscowość

……………………………………. ……………………………………..

 (czytelny podpis matki) (czytelny podpis ojca)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

\* Wypełnia również rodzic samotnie wychowujący dziecko/ci.

\*W przypadku większej liczby zgłoszonych dzieci niż liczba miejsc stosuje się dodatkowo kryterium kolejności zgłoszeń.