

# OŚWIADCZENIE RODZICÓW

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(pieczętka 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)

Gimnazjum

Szkoła Podstawowa (**wstawić krzyżyk**)

.....  
(pieczętka 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 pełnoletniość.**

.....  
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)

<b>IMIĘ I NAZWISKO UCZNIĄ</b>	<b>PESEL</b>
<b>NUMER TELEFONU DO KONTAKTU</b>	
<b>E-MAIL</b>	

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](http://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)