**OŚWIADCZENIE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEFGO – COVID – 19**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko uczestnika obozu |  |
| Miejsce i data obozu, w którym uczestniczy dziecko | Data………………….Centrum Wypoczynkowo-Rehabilitacyjne Activ ul. Mickiewicza 1C/K, 64-915 Sypniewo |
| Data urodzenia uczestnika |  |
| Pesel uczestnika |  |
| Imię i nazwisko rodziców / opiekunów prawnych uczestnika |  |
| Telefon kontaktowy zapewniający szybką komunikację |  |
| Adres przebywania rodziców / /opiekunów prawnych podczas trwania obozu |  |
| Choroby przewlekłe uczestnika obozu, zażywane w związku z nimi leki |  |

……………………………………………… ………………………………………………………………………

 miejscowość, data podpis rodzica/ opiekuna prawnego

**OŚWIADCZENIA**

1. Oświadczam, że zobowiązuję się do niezwłocznego odbioru dziecka (do 12 godzin) z wypoczynku w przypadku wystąpienia u niego niepokojących objawów choroby (podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszność).
2. Oświadczam, iż zaopatrzę dziecko w indywidualne osłony nosa i ust do użycia podczas pobytu na wypoczynku.
3. Oświadczam, iż dane zawarte w tabeli wyżej są prawdziwe i zgodne ze stanem rzeczy oraz aktualne na dzień wyjazdu na obóz.
4. Oświadczam, iż zapoznałem się oraz poinformowałem dziecko o zasadach higieny opartej na regulaminie stworzonym i załączonym na potrzeby sytuacji.

……………………………………………… ………………………………………………………………………

 miejscowość, data podpis rodzica/ opiekuna prawnego