**Wniosek/Zgłoszenie ucznia do udziału w zajęciach opiekuńczo-wychowawczych, konsultacjach lub zajęciach specjalistycznych w Szkole Podstawowej im. Jana Pawła II w Gaju okresie częściowego ograniczenia funkcjonowania szkoły z uwagi na przeciwdziałanie wirusa powodującego chorobę COVID-19**

Po zapoznaniu się z informacjami dotyczącymi funkcjonowania opieki w okresie czasowego ograniczenia funkcjonowania szkół w związku z pandemią COVID-19 wnioskuję o przyjęcie mojego Dziecka, ………….………......................................................................................................................................,

*(imię i nazwisko dziecka)*

Klasa………………………......do udziału

1. w zajęciach opiekuńczo-wychowawczych w Szkole Podstawowej im. Jana Pawła II w Gaju, ze względu na niemożność pracy zdalnej i konieczność powrotu rodziców/opiekunów prawnych do pracy; planowane godziny pobytu Dziecka w Szkole……………………………………….
2. zajęciach specjalistycznych: *jakich?...*……….............................................................................
3. konsultacjach……………………………………………………………………………………
4. Oświadczam, że po zakwalifikowaniu Dziecka do opieki dostosuję się do wszystkich obowiązujących w Szkole zasad i będę ich przestrzegał.
5. Przyjmę do wiadomości wszelkie bieżące informacje na temat podejmowanych decyzji dotyczących rozpoczęcia pracy świetlicy oraz jej działalności w okresie pandemii COVID-19, które będą zamieszczane w dzienniku elektronicznym Librus.
6. Wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała mojego Dziecka w przypadku wystąpienia podczas pobytu w szkole objawów chorobowych.
7. Przyjmuję do wiadomości, że jeżeli moje Dziecko przejawiać będzie niepokojące objawy chorobowe, zostanie odizolowane w odrębnym pomieszczeniu.
8. Zobowiązuję się odebrać moje Dziecko ze szkoły w trybie pilnym po otrzymaniu informacji telefonicznej ze Szkoły.
9. Oświadczam, że podany przeze mnie numer telefonu ........................................................................, jest numerem służącym do szybkiej komunikacji w sytuacjach wymagających pilnego kontaktu Szkoły z Rodzicami.
10. Przyjmuję do wiadomości, że jeżeli moje Dziecko będzie stwarzać zagrożenie dla siebie i innych, nie podporządkowując się poleceniom Nauczyciela i Pracowników Szkoły, nie będzie mogło korzystać z opieki w okresie zagrożenia epidemicznego w związku z COVID-19.

Ze względu na ograniczania dotyczące liczby dzieci w grupie świetlicowej – do 11 dzieci w naszej szkole - w największej sali przy założeniu minimalnej powierzchni na dziecko 4 m2, ustalając kolejność przyjęć, stosuje się następujące kryteria:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryteria pierwszeństwa** | **TAK** | **NIE** |
| Oboje Rodziców (Rodzic samotnie wychowujący) pracują – wykonują pracę na terenie jednostki organizacyjnej pracodawcy i nie mają możliwości pogodzenia pracy z opieką w domu |  |  |
| Przynajmniej jeden z pracujących rodziców wykonuje pracę: |  |  |
| a) w systemie ochrony zdrowia, realizując zadania związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 |  |  |
| b) w służbach mundurowych, realizując zadania związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 |  |  |
| c) handlu i przedsiębiorstwach produkcyjnych realizujących zadania związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 |  |  |

W przypadku większej liczby zgłoszonych dzieci niż liczba miejsc na zajęcia świetlicowe- 11 w naszej szkole- zastosowane zostaną dodatkowe kryteria:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dodatkowe kryteria** | **TAK** | **NIE** |
| Dziecko z rodziny wielodzietnej (troje i więcej Dzieci w wieku szkolnym) |  |  |
| Dziecko posiadające niepełnosprawne Rodzeństwo |  |  |
| Dziecko wychowywane przez niepełnosprawnego Rodzica/Rodziców |  |  |

Gaj, dnia...................................................... Podpisy obojga Rodziców

1.………………………………….….............… 2. ….…………………….….........................………

**Dyrektor Szkoły informuje:**

1. Szkoła zapewnia opiekę dzieciom objętych nauką w szkole w okresie częściowego ograniczenia funkcjonowania szkoły w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 w oparciu o wytyczne przeciwepidemiczne Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 30.04.2020.

2. Organ Prowadzący Szkołę, zgodnie z wytycznymi GIS zapewnia środki do dezynfekcji rąk i powierzchni, środki czystości. Nie zapewnia dla dzieci środków ochrony osobistej takich jak maseczki, rękawiczki – pozostaje to w gestii i zgodnie z uznaniem rodziców.

3. W przypadku wystąpienia odczynów alergicznych i problemów skórnych związanych ze stosowaniem udostępnionych przez Szkołę środków do dezynfekcji rąk, Szkoła nie będzie zobowiązana do zakupu innych środków.

4. Przyprowadzanie i odbiór dzieci ma odbywać się zgodnie z zasadami epidemicznymi, z zachowaniem odstępu pomiędzy osobami. Wejście przez rodziców do szkoły będzie ograniczone. Podczas przyprowadzania i odbioru dzieci należy przestrzegać minimalnej powierzchni na rodzica i dziecko -4 m2.

5. Osoby wchodzące na teren Szkoły muszą mieć założone maseczki i rękawiczki. Każda osoba, wchodząca na teren szkoły, obowiązkowo dezynfekuje ręce.

6. Dzieci nie mogą przynosić do szkoły swoich zabawek.

7. W przypadku stwierdzenia u dziecka któregokolwiek z symptomów choroby: kaszel, kichanie, podwyższona temperatura, zgłoszenie przez dziecko złego samopoczucia itp. – dziecko zostanie odizolowane od grupy i będzie oczekiwać na odbiór przez rodzica.

Decyzja o izolacji oraz informacji do rodziców będzie podejmowana przez osoby nieposiadające wykształcenia medycznego, zatem nie będzie ona posiadać cech diagnozy i może być subiektywnym wrażeniem (rodzic / opiekun nie wnosi zastrzeżeń do takiej informacji). Na podjęcie decyzji o izolacji dziecka do czasu jego odbioru przez rodziców mogą mieć wpływ informacje o stanie zdrowia dziecka przekazane przez rodziców.

Podpisy rodziców / prawnych opiekunów:

1. .................................................................................2.........................................................................

Decyzja dyrektora o przyjęciu lub odmowie przyjęcia ucznia na zajęcia rewalidacyjne/zajęcie konsultacyjne

................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................