

## INFORMACJA O STANIE ZDROWIA



<b>IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA</b>	
<b>NUMER TELEFONU DO NATYCHMIASTOWEGO KONTAKTU</b>	

1. Czy uczestnik jest zdrowy i nie wykazuje objawów infekcji lub innych chorób? TAK/NIE
2. Czy rodzice lub osoby współzamieszkujące miały kontakt z osobami chorymi na COVID-19 przez ostatnie 14 dni? TAK/NIE
3. Czy rodzice/opiekunowie prawni lub osoby współzamieszkujące nie mają objawów infekcji lub objawów grypopodobnych bądź nie mieli przez ostatnie 14 dni? TAK/NIE

Zobowiązuję się do natychmiastowego poinformowania osobę Odpowiedzialną za Oazę Wakacyjną mojego dziecka o jakiegokolwiek zmianie w przypadku w/w punktów.

.....  
*Data, podpis matki/opiekuna prawnego*

.....  
*Data, podpis ojca/opiekuna prawnego*

**Wyrażam zgodę** na codzienne poranne oraz w razie zgłoszenia przez dziecko takiej potrzeby mierzenie temperatury przez osobę wyznaczoną do tego zadania.

**Zobowiązuję się** do niezwłocznego odbioru dziecka z Oazy Wakacyjnej w przypadku wystąpienia u niego niepokojących objawów choroby (podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności).

**Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję** procedurę postępowania prewencyjnego podczas Oaz Wakacyjnych przy parafiach na terenie diecezji Warszawsko – Praskiej Moderatorów, Odpowiedzialnych, Animatorów oraz Uczestników oraz procedurę postępowania w przypadku podejrzenia zakażenia u osoby biorącej udział w Oazach Wakacyjnych przy parafiach na terenie diecezji Warszawsko – Praskiej, koronawirusem SARS-COV-2 (dalej: koronawirus)

**Jestem świadoma/y** możliwości zarażenia dziecka, moich domowników, animatorów i innych uczestników Oazy Wakacyjnej COVID-19 pomimo zastosowania wszelkich procedur prewencyjnych.

**Jestem świadoma/y** iż podanie nieprawdziwych informacji naraża na kwarantannę wszystkich uczestników oazy wakacyjnej wraz z ich rodzinami.

.....  
*Data, podpis matki/opiekuna prawnego*

.....  
*Data, podpis ojca/opiekuna prawnego*