

Data.....

**Oświadczenia pełnoletniego uczestnika zajęć w Gminnym Ośrodku Kultury  
w Iwierzycach z/s w Wiercanach**

Oświadczam, że ja niżej podpisana/y

..... nr telefonu.....  
imię i nazwisko uczestnika zajęć

nie miałam/em kontaktu z osobą zakażoną wirusem SARS-CoV-2 oraz nikt z członków najbliższej rodziny, otoczenia nie przebywa na kwarantannie, nie przejawia widocznych oznak choroby.  
Mój stan zdrowia jest dobry, nie przejawiam żadnych oznak chorobowych.

Jednocześnie oświadczam, iż jestem świadom/ świadoma pełnej odpowiedzialności za dobrowolny udział w zajęciach prowadzonych w Gminnym Ośrodku Kultury w Iwierzycach z/s w Wiercanach w aktualnej sytuacji epidemiologicznej.

Oświadczam, iż zostałam poinformowany/a o ryzyku na jakie jest narażone zdrowie moje i naszych rodzin tj.:

- mimo wprowadzonych obostrzeń sanitarnych i wdrożonych wszelkich środków ochronnych zdaję sobie sprawę, że na terenie placówki może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2.
- w przypadku wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia w Gminnym Ośrodku Kultury w Iwierzycach z/s w Wiercanach oraz nie tylko na jego terenie, personel/dziecko/rodzic dziecka/uczestnik zajęć – zdaje sobie sprawę, iż zarówno moja rodzina, jak i najbliższe otoczenie zostanie skierowane na 14-dniową kwarantannę.
- w sytuacji wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia u mnie, moich bliskich lub personelu placówka zostaje zamknięta do odwołania, a wszyscy przebywający w danej chwili na jej terenie oraz ich rodziny i najbliższe otoczenie przechodzą kwarantannę.
- w przypadku zaobserwowania niepokojących objawów u uczestnika zajęć/osoby z kadry pracowniczej niezwłocznie zostaną stosowane służby i organy.

Oświadczam, że w sytuacji zarażenia się przeze mnie na terenie placówki nie będę wnosił skarg, zażaleń, pretensji do organu prowadzącego będąc całkowicie świadom zagrożenia epidemicznego płynącego z obecnej sytuacji w kraju.

**\*Jako objawy infekcji rozumie się np. gorączka, katar, kaszel, biegunka, duszności, wysypka, bóle mięśni, ból gardła, utrata smaku czy węchu i inne nietypowe.**

\* właściwe podkreślić

Zobowiązuję się do przestrzegania obowiązującego w placówce regulaminu związanego z reżimem sanitarnym przede wszystkim: przychodzenia do GOK tylko i wyłącznie zdrowym, bez kataru, kaszlu, podwyższonej temperatury ciała (37,2) oraz natychmiastowego opuszczenia placówki (max.30 min) w razie wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych w czasie pobytu w placówce. Przyjmuję do wiadomości i akceptuję, iż w chwili zauważenia u mnie oznak choroby nie zostaną w danym dniu przyjęty do placówki i będę mógł do niej wrócić po ustaniu wszelkich objawów chorobowych – minimalny okres to 4 dni po ustaniu objawów.

Zobowiązuję się do poinformowania dyrektora placówki poprzez kontakt telefoniczny o wszelkich zmianach w sytuacji zdrowotnej odnośnie wirusa SARS-CoV-2 w moim najbliższym otoczeniu tj. gdy ktoś z mojej rodziny zostanie objęty kwarantanną lub zachoruje na COVID – 19.