**Wnioskuję / wnioskujemy o przyjęcie dziecka w do przedszkola / oddziału przedszkolnego w szkole podstawowej w czasie obowiązywania zmienionych warunków pracy placówki**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa przedszkola / szkoły podstawowej  z oddziałami przedszkolnymi** | **Adres przedszkola / szkoły podstawowej  z oddziałami przedszkolnymi** |
|  |  |
| **Imię i nazwisko dziecka** | **Numer PESEL dziecka** |
|  |  |
| **Podpis matki** | **Podpis ojca** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Oświadczam, że znane mi są czynniki ryzyka COVID-19 zarówno u dziecka, jego rodziców lub opiekunów,  jak i innych domowników oraz przyjmuję pełną odpowiedzialność za podjętą decyzję związaną z udziałem dziecka w zajęciach, jak i dowożeniem dziecka do przedszkola / szkoły podstawowej z oddziałami przedszkolnymi.** | |
| **Podpis matki** | **Podpis ojca** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Oświadczam, że jestem osobą pracującą, a wykonywane przez mnie obowiązki zawodowe wymagają przebywania poza miejscem zamieszkania. Nie wykonuję pracy zdalnie.** | |
| **Podpis matki** | **Podpis ojca** |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Oświadczam, że znajduję się w grupie objętej pierwszeństwem przyjęcia dziecka do przedszkola zgodnie  z wytycznymi MEN, tj. jestem pracownikiem systemu ochrony zdrowia, służb mundurowych, handlu lub przedsiębiorstwa produkcyjnego, realizującego zadania związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem  i zwalczaniem COVID-19.**  *Proszę podać nazwę zakładu pracy oraz zajmowane stanowisko.* | | | | |
| **Nazwa zakładu pracy** |  | **Nazwa zakładu pracy** | |  |
| **Stanowisko** |  | **Stanowisko** | |  |
| **Podpis matki** | | | **Podpis ojca** | |
|  | | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Oświadczam, że nie przebywam na urlopie macierzyńskim, rodzicielskim, wychowawczym oraz nie pobieram zasiłku opiekuńczego.** | |
| **Podpis matki** | **Podpis ojca** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Oświadczam, że osoby wspólnie zamieszkujące z dzieckiem nie są objęte kwarantanną, ani nie pozostają  w izolacji.** | |
| **Podpis matki** | **Podpis ojca** |
|  |  |