

OŚWIADCZENIE:

Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia jest poufne i po przekazaniu opiekunowi grupy będzie przechowywane w dokumentacji kwalifikacyjnej Uczestnika warsztatów.

Ja niżej podpisany (-a)

.....
(Imię i nazwisko rodzina/opiekuna prawnego)

oświadczam pod odpowiedzialnością za ewentualne skutki podania nieprawdziwych informacji,
że moja córka/mój syn*:
(imię i nazwisko dziecka)

W ciągu ostatnich 2 tygodni	TAK	NIE	OPIS
Przebywał (-a) za granicą Polski, a w szczególności w rejonach objętych występowaniem zakażeń wirusem COVID - 19 UWAGA! (jeśli odp. jest TAK –w OPISIE proszę podać kraj/region pobytu)			
Miał (-a) świadomy kontakt z osobami powracającymi z zagranicy. UWAGA! (jeśli odp. jest TAK –w OPISIE proszę podać z jakiego kraju).			
OBECNIE – obserwuję u siebie takie OBJAWY jak: • gorączka • kaszel • duszność (jeśli odp. jest TAK – w OPISIE proszę podać od kiedy i jakie)			

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego – oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą

.....
data

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego

* niepotrzebne skreślić