**OŚWIADCZENIE**

**o zapoznaniu się z wytycznymi uczestnictwa w Wakacyjnych Warsztatach Artystycznych**

 **w Wałbrzyskim Ośrodku Kultury, w okresie pandemii COVID-19**

imię i nazwisko uczestnika zajęć ................................................................................................................

imię i nazwisko rodzica/opiekuna .....………….…………………………….……..…………………………………...

tel. kontaktowy rodzica/opiekuna ………………………………………………..………………………………………

1. Zapoznałam/em się i akceptuję wytyczne uczestnictwa w **Wakacyjnych Warsztatach Artystycznych w Wałbrzyskim Ośrodku Kultury**, w okresie pandemii COVID-19 i nie wnoszę zastrzeżeń.
2. Jestem świadoma/y możliwości zarażenia COVID-19 przez moje dziecko, przeze mnie, moich domowników i innych uczestników podczas **Wakacyjnych Warsztatów Artystycznych w Wałbrzyskim Ośrodku Kultury**. Jestem świadoma/y, że podanie nieprawdziwych informacji naraża na kwarantannę wszystkich uczestników zajęć wraz z pracownikami jednostki, jak również ich rodzinami.
3. W sytuacji zarażenia się na terenie placówki nie będę wnosił skarg, zażaleń, pretensji do dyrektora WOK oraz Organu Prowadzącego, będąc całkowicie świadom zagrożenia epidemiologicznego wynikającego z panującej obecnie pandemii.
4. Nie jestem ja, ani moi najbliżsi domownicy (osoby zamieszkałe pod tym samym adresem) objęci kwarantanną, a każdy z domowników jest zdrowy.
5. Oświadczam, że moje dziecko jest zdrowe. Nie ma kataru, kaszlu, gorączki, duszności, ani nie wystąpiły u niego żadne niepokojące objawy chorobowe. Nie miało ono styczności z osobami, które wróciły z zagranicy lub odbywały kwarantannę.
6. Wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała u mojego dziecka.
7. W przypadku gdyby u mojego dziecka wystąpiły niepokojące objawy chorobowe zobowiązuję się do każdorazowego odbierania telefonu od pracowników WOK, odebrania dziecka w trybie natychmiastowym.

8. O każdorazowej zmianie powyższych oświadczeń natychmiast powiadomię pracowników WOK. Wyrażam zgodę na przekazanie terenowej jednostce Sanepidu danych osobowych w przypadku zarażenia COVID-19

Wałbrzych, dn. …………………………………………. ………………………………………………………….

 podpis rodzica/opiekuna