Imię i nazwisko ucznia:……………………………………………………………..

Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna……………………………….

Telefon kontaktowy rodzica/prawnego opiekuna

**OŚWIADCZENIE RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA**

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z wytycznymi GIS, MZ i MEN w sprawie uruchamiania pracy szkół w okresie przeciwdziałania, zapobiegania i zwalczania COVID-19 oraz z wewnątrzszkolnymi procedurami bezpieczeństwa obowiązującymi w Szkole Podstawowej nr 12 im. Mikołaja Kopernika w Starachowicach i wyrażam zgodę na dokonywanie przez pracownika Szkoły codziennego pomiaru temperatury ciała mojego syna/córki …………………………………………………................................................. z wykorzystaniem termometru bezdotykowego.

Czytelny podpis rodzica/opiekuna

Imię i nazwisko ucznia:……………………………………………………………..

Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna……………………………….

Telefon kontaktowy rodzica/prawnego opiekuna

**OŚWIADCZENIE RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA**

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z wytycznymi GIS, MZ i MEN w sprawie przeprowadzania egzaminów ósmoklasisty w okresie przeciwdziałania, zapobiegania i zwalczania COVID-19 oraz z wewnątrzszkolnymi procedurami bezpieczeństwa obowiązującymi w Szkole Podstawowej nr 12 im. Mikołaja Kopernika w Starachowicach i wyrażam zgodę na dokonywanie przez pracownika Szkoły codziennego pomiaru temperatury ciała mojego syna/córki………………………………………………………………. z wykorzystaniem termometru bezdotykowego w dniach przeprowadzania egzaminów zewnętrznych.

Czytelny podpis rodzica/opiekuna