



## OŚWIADCZENIE UCZNIĄ PEŁNOLETNIEGO

Ja niżej podpisany/a:

.....  
(imię i nazwisko)

oświadczam, że:

1. nie miałem/łam kontaktu z osobą zarażoną wirusem Covid-19 oraz nikt z członków mojej najbliższej rodziny, otoczenia nie przebywa na kwarantannie, nie przejawia widocznych oznak choroby. Mój stan zdrowia jest dobry, nie przejawiam żadnych oznak chorobowych.
2. Jestem świadom/świadoma aktualnej sytuacji epidemiologicznej w kraju.
3. Zostałam/łem poinformowany/a o ryzyku zdrowotnym na jakie jestem narażony/a w placówce MDK w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa Covid-19.
4. Mimo wprowadzonych w placówce obostrzeń sanitarnych i wdrożonych wszelkich środków ochronnych zdaję sobie sprawę, że na terenie placówki może dojść do zakażenia Covid-19.
5. W przypadku wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia w placówce, zdaję sobie sprawę, iż zarówno moja rodzina, jak i najbliższe otoczenie zostanie skierowane na 14-dniową kwarantannę.
6. W sytuacji wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia u mnie, kadry MDK-Krzyki, placówka zostaje zamknięta do odwołania, a wszyscy przebywający w danej chwili na terenie placówki oraz ich rodziny i najbliższe otoczenie przechodzą kwarantannę.
7. **Nie jestem / jestem** (niewłaściwe skreślić) uczulony/a na wszelkie środki dezynfekujące.
8. W sytuacji zarażenia się na terenie placówki nie będę wnosił/a skarg, zażaleń, pretensji do dyrektora Młodzieżowego Domu Kultury Wrocław-Krzyki oraz Organu Prowadzącego, będąc całkowicie świadom zagrożenia epidemiologicznego wynikającego z panującej obecnie pandemii.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis ucznia pełnoletniego



## DEKLARACJA UCZNIĄ PEŁNOLETNIEGO

Ja niżej podpisana/podpisany:

.....  
(imię i nazwisko)

oświadczam, iż:

1. Zostałam/łem poinformowany/na i zapoznałam/łam się z Procedurami Bezpieczeństwa na terenie Młodzieżowego Domu Kultury Wrocław-Krzyki.
2. Zobowiązuję się do przestrzegania obowiązujących Procedur Bezpieczeństwa na terenie Młodzieżowego Domu Kultury Wrocław-Krzyki:
  - przychodzenia do placówki tylko i wyłącznie zdrowym;
  - natychmiastowego oddalenia się z placówki w razie wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych;
  - przyjmuję do wiadomości, iż w chwili widocznych oznak choroby, a także jeżeli kontrolne sprawdzenie temperatury mojego ciała wykaże wartość powyżej 37 st. Celsjusza, nie zostanę w danym dniu przyjęty/ta do placówki i będę mógł/mogła do niej wrócić po ustaniu wszelkich objawów chorobowych, po okazaniu zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego mój stan zdrowia, umożliwiający ponowne przyjęcie.
3. Wyrażam zgodę na kontrolny pomiar temperatury ciała. Przyjmuję do wiadomości, że placówka zaleca, aby regularnie monitorować temperaturę ciała i dokonywać jej sprawdzenia co najmniej dwa razy dziennie, min.:
  - przy wejściu do placówki;
  - w razie zaobserwowania niepokojących objawów zdrowotnych.
4. Zobowiązuję się do poinformowania dyrektora placówki o wszelkich zmianach w sytuacji zdrowotnej odnośnie wirusa Covid-19 w moim najbliższym otoczeniu.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis ucznia pełnoletniego