

Warszawa, dnia

OŚWIADCZENIE

JA niżej podpisany/a:

imię i nazwisko uczestnika/ opiekuna

.....

imię i nazwisko ojca / opiekuna prawnego

rodzice/opiekunowie prawni dziecka:

imię i nazwisko dziecka

oświadczam, że zapoznałem/łam się i akceptuję zapisy „*Procedury bezpieczeństwa w Domu Kultury Praga*” oraz *Regulaminu wydarzenia plenerowego „Wakacje z Kulturą”*, w tym m.in. izolację mnie/mojego dziecka w razie podejrzenia zakażenia oraz ewentualne wezwanie pogotowia.

Jednocześnie oświadczam, iż jestem świadom/a pełnej odpowiedzialności za dobrowolny udział w zajęciach w aktualnej sytuacji epidemiologicznej.

Oświadczam, iż zostałem/łam poinformowany/a o ryzyku, na jakie jestem narażony/a, tj.:

- mimo wprowadzonych w Domu Kultury Praga obostrzeń sanitarnych i wdrożonych wszelkich środków ochronnych zdaję sobie sprawę, że na terenie placówki może dojść do zakażenia Covid-19;
- w przypadku wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia w placówce (nie tylko na terenie) personel/uczestnik/rodzic uczestnika – zdaje sobie sprawę, iż zarówno nasza rodzina, jak i najbliższe otoczenie zostanie skierowane na 14-dniową kwarantannę;
- w sytuacji wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia u uczestnika, jego opiekuna lub personelu Dom Kultury Praga zostaje zamknięty do odwołania, a wszyscy przebywający w danej chwili na jego terenie oraz ich rodziny i najbliższe otoczenie przechodzą kwarantannę;
- w przypadku zaobserwowania niepokojących objawów u uczestnika/osoby z kadry pracowniczej, osoba ta zostanie natychmiast umieszczona w przygotowanym wcześniej izolatorium, wyposażonym w niezbędne środki ochrony osobistej, niezwłocznie zostanie powiadomiony rodzic/opiekun uczestnika oraz stosowne służby i organy.
- Tak [] Nie [] będąc świadomy/a ryzyka związanego z rozprzestrzenianiem się COVID-19, zgadzam się na wykonanie pomiaru temperatury ciała mojego/dziecka w czasie realizowania zajęć, a także w przypadku podejrzenia objawów chorobowych. Jestem świadomy/a, że zgoda jest dobrowolna i mogę ją w dowolnym momencie odwołać lub ponownie wyrazić.

.....

podpis uczestnika / rodzica / opiekuna prawnego