

**Wnioskuje / wnioskujemy o objęcie dziecka zajęciami rewalidacyjnymi w szkole podstawowej w czasie obowiązywania zmienionych warunków pracy placówki**

Nazwa szkoły podstawowej

Adres szkoły podstawowej

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Imię i nazwisko dziecka

Numer PESEL dziecka

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Podpis matki

Podpis ojca

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

**Oświadczam, że znane mi są czynniki ryzyka COVID-19 zarówno u dziecka, jego rodziców lub opiekunów, jak i innych domowników oraz przyjmuję pełną odpowiedzialność za podjętą decyzję związaną z udziałem dziecka w zajęciach, jak i dowożeniem dziecka do szkoły podstawowej.**

Podpis matki

Podpis ojca

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

**Oświadczam, że osoby wspólnie zamieszkujące z dzieckiem nie są objęte kwarantanną, ani nie pozostają w izolacji.**

Podpis matki

Podpis ojca

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|