Miejscowość ………………………, dn. ……………………

**OŚWIADCZENIE RODZICA / OPIEKUNA**

**niepełnoletniego uczestnika obozu organizowanego przez Klub Sportowy ZDROWIE**

Oświadczam że:

* mój syn/córka ………………………………………………………………….……………………………………………………………………..… jest zdrowy/a i nie zamieszkiwał(a) z osobą przebywającą na kwarantannie i nie miał(a) kontaktu z osobą podejrzaną o zakażenie w okresie 14 dni przez rozpoczęciem obozu,
* osoby odprowadzające dziecko na zbiórkę lub dowożące dziecko do obiektu własnym transportem są zdrowe i nie zamieszkiwał(a) z osobą przebywającą na kwarantannie i nie miały kontaktu z osobą podejrzaną o zakażenie w okresie 14 dni przez rozpoczęciem obozu,
* zapoznałam/łem się z REGULAMINEM SANITARNYM umieszczonym na stronie [www.klubsportowyzdrowie.pl](http://www.klubsportowyzdrowie.pl) obozu opracowanym na podstawie wytycznych GIS, MZ i MEN dla organizatorów wypoczynku dzieci i młodzieży i zobowiązuję się oraz zobowiązuję moje dziecko do przestrzegania zasad w nim zawartych oraz innych obowiązujących w czasie obozu przepisów sanitarnych,
* zapoznałam/łem się ze SPECJALNYMI WARUNKIAMI UCZESTNICTWA W OBOZACH ORGANIZOWANYCH PRZEZ KS ZDROWIE (epidemia koronawirusa) umieszczonym na stronie [www.klubsportowyzdrowie.pl](http://www.klubsportowyzdrowie.pl) ,
* wyrażam zgodę na pomiar temperatury dziecka przez kadrę obozu i inne, zalecone przez lekarza lub pielęgniarkę, procedury medyczne,
* umieściłem w karcie kwalifikacyjnej uczestnika obozu wszystkie istotne informacje o stanie zdrowia dziecka a szczególności informacje o ewentualnych chorobach przewlekłych, mogących narazić je na cięższy przebieg zakażenia, w przypadku występowania u dziecka chorób przewlekłych załączyłem do karty kwalifikacyjnej dziecka opinię lekarską o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w obozie,
* wyposażyłem(am) dziecko w niezbędną ilość indywidualnych osłon nosa i ust do użycia podczas pobytu na obozie,
* **zobowiązuję się do niezwłocznego – do 12 godzin – odbioru na koszt własny dziecka z obozu w przypadku wystąpienia u niego niepokojących objawów choroby (podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności),**
* będę dostępny przez cały czas trwania obozu pod numerem telefonu:

….............…………………………………………………………..

 …………………………………..

 *(czytelny podpis rodzica)*