



VPRAŠALNIK IN IZJAVA v skladu s preprečevanjem širjenja virusa (COVID-19) O ZDRAVSTVENEM STANJU OTROK, kar bo v skladu z zakonom zahtevano za varno izvedbo počitniškega varstva.

Podpisani _____, starš/skrbnik otroka _____, rojenega _____, zagotavljam, da so spodaj navedeni podatki zdravstvenega stanja/simptomov v zadnjih 14 dneh pred udeležbo na počitniškem varstvu za mojega otroka resnični.

1. Ali ima/je imel otrok povišano telesno temperaturo? DA NE
2. Ali otrok kašlja/ je kašljal? DA NE
3. Ali je/ je bil otrok nahoden? DA NE
4. Ali ima/je imel otrok glavobol? DA NE
5. Ali otrok kaže/ je kazal znake slabega počutja? DA NE
6. Ali ima/ je imel otrok bolečine v grlu, žrelu? DA NE
7. Ali otrok težko diha/ je težko dihal (občutek pomanjkanja zraka)? DA NE
8. Ali ima/ je imel otrok drisko? DA NE
9. Ali je bil otrok v zadnjih 14 dneh v stiku s potencialno okuženo osebo oz. osebo, ki je kazala zgoraj navedene znake? DA NE

S svojim podpisom jamčim, da so podatki o zdravstvenem stanju otroka resnični in zagotavljam, da se v primeru zgoraj navedenih zdravstvenih težav otrok ne bo udeležil počitniškega varstva.

S podpisom tudi potrjujem, da sem seznanjen s tveganji, povezanimi z virusom COVID-19, do katerih lahko pride v počitniškem varstvu, da sem otroka seznanil in poučil o ustreznih ukrepih in da bo moj otrok upošteval vsa navodila ter ukrepe, ki so potrebni v skladu s preprečevanjem širjenja virusa (COVID-19) in ki bodo zahtevana za varno izvedbo programa. V primeru, da otrok v počitniškem varstvu ne bo upošteval ali bo kršil tovrstna navodila in ukrepe, sem seznanjen, da se z namenom zagotovitve varnega programa otroku lahko izreče ukrep, s katerim se ga napoti domov – v tem primeru se zavežujem, da bom nemudoma prišel po otroka in ga odpeljal. Prav tako se zavežujem, da bom nemudoma prišel po svojega otroka tudi v primeru, da se bodo pri otroku v počitniškem varstvu pojavili zgoraj navedeni znaki/simptomi ali bo pri otroku potrjena okužba s COVID-19.

Seznanjen sem, da je spoštovanje zgoraj navedenih zavez pogoj za udeležbo otroka v počitniškem varstvu.

Datum:

Podpis:



ZDRAVSTVENI PODATKI

Prosimo vas, da opišete zdravstveno stanje vašega otroka:

(ime in priimek):

Brez posebnosti

Alergije (navedite):

Akutne, kronične bolezni: Navedite zdravila, če jih otrok jemlje ali posebna navodila ter jih posredujte odgovorni strokovni delavki ali na sedežu društva!

Diete (navedite diete, predpisane s strani zdravnika):

Vedenjske in druge posebnosti:

Če se varstva udeležuje kakšen otrokov/a prijatelj/ica, s katero/katerim bi otrok želel biti v isti skupini, navedite ime in priimek:

IZJAVA

Spodaj podpisani starš dovoljujem, da Medobčinsko društvo prijateljev mladine Sežana, ki je organizator počitniškega varstva v Sežani, Divači, Komnu in Hrpeljah za otroke, lahko v svojih zbirkah obdeluje osebne podatke za pisno in elektronsko obveščanje in jih uporablja za statistične obdelave v skladu z zakonom o varstvu podatkov. Izjavljam tudi, da dovoljujem fotografiranje svojega otroka v namene promocije društva MDPM Sežana (tako v tiskovinah kot na spletni in Facebook strani društva) in dovoljujem uporabo osebnih podatkov za prejemanje obvestil o programih društva MDPM Sežana.

S podpisom spodnje izjave dovoljujem objavo slikovnega in zvokovnega materiala, ki bo nastal v času programa. Društvo MDPM Sežana skrbno spremlja objavo komentarjev drugih uporabnikov Facebook strani MDPM Sežana, za žaljive komentarje ne odgovarjamo in bodo v tem primeru nemudoma izbrisani. Zoper morebitne kršitelje bomo ukrepali v skladu s predpisano zakonodajo)

Kraj _____, datum _____ Podpis staršev: _____