**IZJAVA RODITELJA**

**Ja, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, otac / majka / zakonski skrbnik**

**(upišite vaše ime i prezime) (prekrižite nepotrebno)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ učenika/ce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ razreda OŠ Čavle,**

**(upišite ime i prezime djeteta) (upišite razred i razredni odjel)**

**Čavle, izjavljujem za gore navedeno dijete:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Moje dijete ne boluje od COVID-19 i nema simptome te bolesti (povišena tjelesna temperatura, respiratorni problemi, kašalj, kratki dah ili nije pod rizikom da je moglo biti zaraženo s COVID-19 te nije u samoizolaciji) | | | | | | |  |  |  |  |
|  |  | **□DA** | **□NE** | | |
|  |  |  |  | | |
| 2. Nitko u našem kućanstvu ili našoj obitelji ne boluje od COVID-19 i nema simptome te bolesti (povišena tjelesna temperatura, respiratorni problemi, kašalj, kratki dah ili nije pod rizikom da je moglo biti zaraženo s COVID-19 te nije u samoizolaciji)  **□DA □NE**  3. Moje dijete ne boluje od kronične bolesti (respiratorne, kardiovaskularne, dijabetesa, maligne bolesti, imunodeficijenca, većeg tjelesnog/motoričkog oštećenja).  **□DA □NE**  4. Nitko u našem kućanstvu ili našoj obitelji ne boluje od prethodno navedenih bolesti.  **□DA □NE** | | | | | | |  |  |  |  |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |

5. Svojim potpisom potvrđujem da su oba roditelja djeteta u radnoj obavezi izvan kuće. Nismo u mogućnosti dijete ostaviti kod kuće bez nadzora odrasle osobe i, usprkos preporukama HZJZ-a da djeca ostanu kod kuće, moramo ga/ju dovoditi u školu.

Moje dijete će u školu i/ili iz škole dovoditi/odvoditi sljedeće osobe:

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime | Srodstvo s djetetom |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**(Molimo upisati najviše dvije osobe koje se izmjenjuju što je moguće rjeđe)**

6. Ukoliko moje dijete za vrijeme nastave dobije simptome koji bi mogli upućivati na COVID-19 (povišena tjelesna temperatura, respiratorni problemi, kašalj, kratki dah), izjavljujem da ću u najkraćem mogućem roku preuzeti svoje dijete te da me se kontaktira na mobilni telefon - broj: I\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Svojim potpisom potvrđujem da sam pročitao/-la upute HZJZ-a za sprječavanje i suzbijanje epidemije COVID-19 za osnovnoškolske ustanove objavljene na mrežnim stranicama Škole, da sam upoznat/-a s njihovim sadržajem i pristajem na njihovu primjenu.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(potpis roditelja/zakonskog skrbnika)

Čavle, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020.