

Osnovna škola - Scuola elementare

Mate Balote Buje - Buie

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

52460 BUJE, Školski brijeg 2, tel./fax. 052 772-138, OIB: 75498468638, e-mail: ured@os-m.balote-buje.skole.hr, Ž.R.: HR9324020061100108722

**IZJAVA RODITELJA/SKRBNIKA UČENIKA
o uključivanju učenika u redoviti nastavni proces u školi**

Sukladno Uputama za sprječavanje i suzbijanje epidemije COVID-19 za ustanove ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja te osnovnoškolske ustanove u kojima je osigurana mogućnost zbrinjavanje djece rane i predškolske dobi te učenika koji pohađaju razrednu nastavu Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (u daljnjem tekstu **Upute HZJZ-a**) i Preporuke za organizaciju rada u razrednoj nastavi i upute za vrednovanje i ocjenjivanje u mješovitom modelu nastave Ministarstva znanosti i obrazovanja ( u daljnjem tekstu **Preporuke MZO-a**) o uvjetima, mjerama i načinu održavanja nastave za učenike od 1. do 4. razreda i POOS, dajem/o izjavu da će moje/naše dijete \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
 (ime i prezime djeteta)

učenik \_\_\_\_\_ . razreda MŠ Buje/PŠ Brtonigla/PŠ Kaštel/ POOS Buje
( upisati brojem razred) (zaokružiti školu koju pohađa učenik)

pohađati nastavu u Osnovnoj školi Mate Balote Buje **od 11. svibnja 2020. godine**.
Potpisom ove izjave, pod punom odgovornošću jamčim/o istinitost podataka u ovoj izjavi:

* oboje smo zaposleni i ne radimo kod kuće te dok smo na poslu, odnosno u vrijeme održavanja nastave od 8.00 do 11.30 sati, nemam/o mogućnosti zbrinjavanja djeteta
* moje/naše dijete nema kroničnih bolesti (respiratorne, kardiovaskularne, dijabetes, maligne bolesti, imunodeficijencija, veća tjelesna/motorička oštećenja);
* niti jedan od ukućana s kojima moje/naše dijete boravi ili osobe s kojima je dijete u svakodnevnom kontaktu nema kroničnih bolesti (respiratorne, kardiovaskularne, dijabetes, maligne bolesti, imunodeficijencija, veća tjelesna/motorička oštećenja);
* niti jedan od ukućana s kojima moje/naše dijete boravi ili osobe s kojima je dijete u svakodnevnom kontaktu nije u samoizolaciji ili karanteni i nisu u povećanom riziku zaraze virusom Covid-19;
* moje/naše dijete nema povišenu tjelesnu temperaturu, respiratorne simptome poput kašlja i kratkog daha ili druge simptome bolesti poput gripe ili prehlade;
* upoznat/i sam/smo s Uputama HZJZ o dolasku djeteta u školu, boravku u školi i odlasku iz škole i o njima sam/smo upoznali i moje/naše dijete te mu objasnili kako ih se pridržavati.

Izjavljujem/o da u slučaju bilo kakve promijene u gore navedenim uvjetima nećemo slati dijete u školu te da ćemo postupiti prema Uputama HZJZ-a.

IME I PREZIME OCA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ POTPIS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IME I PREZIME MAJKE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ POTPIS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ako dijete ima skrbnika**

IME I PREZIME SKRBNIKA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ POTPIS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum davanja izjave: \_\_\_\_. svibnja 2020. godine

*\*Sukladno Općoj uredbi o zaštiti osobnih podataka davatelj/i ove izjave svojim potpisom daju suglasnost OŠ Mate Balote Buje da prikuplja i obrađuje osobne podatke iz ove izjave i koristi ih samo u svrhu utvrđivanja ispunjavanja uvjeta učenika za pohađanje nastave u školi nakon 11. svibnja 2020. godine.*