**OSNOVNA ŠKOLA**

**Marina Getaldića**

**Frana Supila 3, Dubrovnik**

**e-pošta: ured@os-mgetaldica-du.skole.hr**

Dubrovnik, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020.

**IZJAVA RODITELJA / SKRBNIKA**

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

(upišite vaše ime i prezime) (prekrižite nepotrebno)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ učenika/ce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ razreda OŠ Marina Getaldića

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

Iz Dubrovnika, 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 tri 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 (max 30 min) preuzeti svoje dijete te da me se kontaktira na mobilni telefon - broj: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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/skrbnika)