

---

**Karta zgłoszenia udziału**  
**Plastyka sensoryczna**

**1.10.2020**

**Dane uczestnika:**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Wiek \_\_\_\_\_

Telefon do uczestnika lub jego opiekuna \_\_\_\_\_

E-mail do uczestnika lub jego opiekuna \_\_\_\_\_

Data zgłoszenia \_\_\_\_\_

**Poniższe zgody są obowiązkowe do wzięcia udziału w wydarzeniu:**

**Tak**  **Nie** Akceptuję Regulamin wydarzeń organizowanych przez bibliotekę

**Tak**  **Nie** Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych / danych dziecka zawartych w formularzu oraz wizerunku przez Organizatora wydarzenia w celach związanych z realizacją wydarzenia oraz promocją działalności Organizatora. Podanie danych jest dobrowolne i niezbędne do udziału w wydarzeniu.

**Tak**  **Nie** Wyrażam zgodę na zamieszczenie mojego wizerunku / wizerunku dziecka utrwalonego podczas wydarzenia w serwisie Facebook oraz YouTube.

Podpis uczestnika / Podpis opiekuna uczestnika, który nie ukończył 16 roku życia:

\_\_\_\_\_

## OŚWIADCZENIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH

Ja niżej podpisany/a:

.....  
(nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego)

oświadczam, że:

1. Moja córka/ mój syn:

.....  
(nazwisko i imię dziecka)

nie miał kontaktu z osobą zakażoną wirusem Covid-19 oraz nikt z członków najbliższej rodziny, otoczenia nie przebywa na kwarantannie, nie przejawia widocznych oznak choroby. Stan zdrowia dziecka jest dobry, syn/córka nie przejawia żadnych oznak chorobowych, np. podwyższona temperatura, katar, kaszel, biegunka, duszności, wysypka, bóle mięśni, ból gardła, utrata smaku czy węchu.

2. Zostałam poinformowany/a o ryzyku, na jakie jest narażone zdrowie mojego dziecka i naszej rodziny.

3. Mimo wprowadzonych w bibliotekę obostrzeń sanitarnych i wdrożonych wszelkich środków ochronnych zdaję sobie sprawę, że na terenie biblioteki może dojść do zakażenia COVID - 19.

4. W przypadku wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia w bibliotekę (nie tylko na terenie) personel/dziecko/rodzic dziecka – zdaję sobie sprawę, iż zarówno moja rodzina, jak i najbliższe otoczenie może być skierowane na 14-dniową kwarantannę.

5. W sytuacji wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia u dziecka, jego rodziców lub personelu biblioteka zostaje zamknięta do odwołania, a wszyscy przebywający w danej chwili na jej terenie oraz ich rodziny i najbliższe otoczenie mogą przejść kwarantannę.

6. Dziecko nie jest/jest (niewłaściwie skreślić) uczulone na środki dezynfekujące.

7. Zostałem/am poinformowany i zapoznałem/łam się z Procedurami Bezpieczeństwa na terenie Biblioteki Publicznej w Piasecznie.

8. Zobowiązuję się do przyprowadzania do biblioteki tylko i wyłącznie zdrowego dziecka, bez kataru, kaszlu, podwyższonej temperatury ciała.

9. Zobowiązuję się do natychmiastowego odebrania dziecka z biblioteki w razie wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych, które wystąpiły w czasie pobytu w placówce.

10. Przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę, iż w chwili widocznych oznak choroby u mojego dziecka, a także jeżeli kontrolne sprawdzenie temperatury ciała wykaże wartości powyżej 37 stopni, w drodze jednostronnej decyzji dziecko nie zostanie w danym dniu przyjęte do biblioteki.

11. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na kontrolny pomiar temperatury ciała przez pracownika placówki z użyciem bezdotykowego termometru.

12. Zobowiązuję się do poinformowania dyrektora biblioteki o wszelkich zmianach w sytuacji zdrowotnej odnośnie wirusa Covid-19 w moim najbliższym otoczeniu.

.....  
miejsce, data

podpis rodzica/opiekuna prawnego

---

## OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA OSOBY BIORĄCEJ UDZIAŁ W WARSZTATACH

Ja niżej podpisany/a:

.....

oświadczam, że:

1. nie miałem/am kontaktu z osobą zakażoną wirusem Covid - 19 oraz nikt z członków najbliższej rodziny, otoczenia nie przebywa na kwarantannie, nie przejawia widocznych oznak choroby. Mój stan zdrowia jest dobry, nie przejawiam żadnych oznak chorobowych, np. podwyższona temperatura, katar, kaszel, biegunka, duszności, wysypka, bóle mięśni, ból gardła, utrata smaku czy węchu.
2. Zostałam poinformowany/a o ryzyku, na jakie jest narażone zdrowie moje i mojej rodziny.
3. Mimo wprowadzonych w bibliotece obostrzeń sanitarnych i wdrożonych wszelkich środków ochronnych zdaję sobie sprawę, że na terenie biblioteki może dojść do zakażenia COVID - 19.
4. W przypadku wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia w bibliotece (nie tylko na terenie) uczestnik warsztatu zdaje sobie sprawę, iż zarówno moja rodzina, jak i najbliższe otoczenie może być skierowane na 14 - dniową kwarantannę.
5. W sytuacji wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia u uczestnika warsztatów lub personelu biblioteka zostaje zamknięta do odwołania, a wszyscy przebywający w danej chwili na jej terenie oraz ich rodziny i najbliższe otoczenie mogą przejść kwarantannę.
6. Jestem / nie jestem (niewłaściwe skreślić) uczulony/a na środki dezynfekujące.
7. Zostałem/am poinformowany/a i zapoznałem/am się z Procedurami Bezpieczeństwa na terenie Biblioteki Publicznej w Piasecznie.
8. Zobowiązuję się do przyścia do biblioteki tylko i wyłącznie zdrowym; bez kataru, kaszlu, podwyższonej temperatury ciała.
9. Zobowiązuję się do natychmiastowego opuszczenia biblioteki w razie wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych, które wystąpiły w czasie pobytu w placówce.
10. Przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę, iż w chwili widocznych oznak choroby, a także jeżeli kontrolne sprawdzenie temperatury ciała wykaże wartości powyżej 37 stopni, w drodze jednostronnej decyzji nie zostaną w danym dniu przyjęty na warsztaty.
11. Wyrażam zgodę na kontrolny pomiar temperatury ciała przez pracownika placówki z użyciem bezdotykowego termometru.
12. Zobowiązuję się do poinformowania dyrektora biblioteki o wszelkich zmianach w sytuacji zdrowotnej odnośnie wirusa Covid - 19 w moim najbliższym otoczeniu.

.....(Podpis)