

Karta zgłoszenia udziału

Noc Bibliotek

9.10.2020 godz. 18.00

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 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) personel/dziecko/rodzic dziecka – 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 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