|  |  |
| --- | --- |
|  | **Sianów,** |
|  | …………………………………………..……………… |
|  | Miejscowość , data |

**ANKIETA**

**zapotrzebowania na opiekę nad dzieckiem**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dyrektor**  Szkoły Podstawowej nr 1 / Szkoły Podstawowej nr 2 / Szkoły Podstawowej w Dąbrowie\* | | | | | | | |
| **Ze względu na konieczność powrotu do pracy rodziców zgłaszam ucznia do zajęć opiekuńczo-wychowawczych w świetlicy szkolnej.**  **Mam świadomość czynników ryzyka COVID-19 zarówno u dziecka, rodziców lub opiekunów w szkole, jak i innych czynników o biorę odpowiedzialność za podjętą decyzję związaną z wysłaniem dziecka na zajęcia, jak i dowożeniem dziecka do placówki.** | | | | | | | |
| Imię i Nazwisko dziecka | |  | | | | | |
| **Proszę wybrać datę skorzystania z opieki na dzieckiem** | **od 25.05.2020** | | | | | **TAK\*** | **NIE\*** |
| **od 01.06.2020** | | | | | **TAK\*** | **NIE\*** |
| **od 08.06.2020** | | | | | **TAK\*** | **NIE\*** |
| **od 15.06.2020** | | | | | **TAK\*** | **NIE\*** |
| **Nie planuję wysłania dziecka w tym roku szkolnym.** | | | | | **TAK\*** | **NIE\*** |
| Oboje rodzice / opiekunów prawnych pracują.  (należy złożyć odpowiednie oświadczenie) | | | | | | **TAK\*** | **NIE\*** |
| Oboje rodzice / opiekunów prawnych pracują w systemu ochrony zdrowia / służbach mundurowych / są pracownikami handlu lub przedsiębiorstwa produkcyjnego realizującego zadania związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19  (należy złożyć odpowiednie oświadczenie) | | | | | | **TAK\*** | **NIE\*** |
| Adres poczty elektronicznej  i numery telefonów  (podanie numerów telefonów kontaktowych w przypadku korzystania z opieki w trakcie reżimu sanitarnego jest obowiązkowe). | | matka | Telefon do kontaktu | |  | | |
| Adres poczty  elektronicznej | |  | | |
| ojciec | Telefon do kontaktu | |  | | |
| Adres poczty  elektronicznej | |  | | |
| **Pobyt dziecka w godzinach od – do**  **(mogą zaistnieć ograniczenia)** | | | |  | | | |

\*nie potrzebne skreślić

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | …………………………………………..……………… |
|  | podpis MATKI/OPIEKUNA PRAWNEGO |
|  |  |
|  | ……………………….…………………………… |
|  | podpis OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO |