**OSNOVNA ŠKOLA DR. ANTE STARČEVIĆ PAZARIŠTE KLANAC**

Klanac 3, 53212 Klanac

e-mail:ured@os-astarcevic-klanac.skole.hr

telefon: 053/686-002

**IZJAVA RODITELJA/SKRBNIKA UČENIKA**

Na temelju *Zaključka o mjerama za pokretanje gospodarskih i drugih djelatnosti i aktivnosti u uvjetima proglašene epidemije bolesti COVID–19* Vlade Republike Hrvatske od 23. travnja 2020. godine te *Preporukama Ministarstva znanosti i obrazovanja za organizaciju rada u razrednoj nastavi i uputama za vrednovanje i ocjenjivanje u mješovitom modelu nastave* od 30.travnja 2020.godine, a prije uključivanja učenika u razrednu nastavu od 11. svibnja 2020. u OŠ dr. Ante Starčević Pazarište Klanac,dajem/o izjavu da će moje/naše dijete

**IME I PREZIME UČENIKA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RAZRED: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

pohađati nastavu u OŠ dr. Ante Starčević Pazarište Klanac od 11. svibnja 2020. godine i da ispunjavam/o **sve uvjete** navedene u ovoj Izjavi:

1. Svojim potpisom potvrđujem/o da su **oba roditelja djeteta zaposlena**. Nismo u mogućnosti dijete ostaviti kod kuće pod nadzorom odrasle osobe i, usprkos preporukama HZJZ da djeca ostanu kod kuće, moramo ga/ju dovoditi u školu.
2. Nitko u našem kućanstvu, ili našoj obitelji **ne boluje od COVID-19** i nema simptoma te bolesti (povišena tjelesna temperatura, respiratorni problemi, kašalj, kratki dah) i nije pod rizikom da bi mogao/la biti zaraženo/a s COVID-19, te nije u samoizolaciji
3. Niti jedan od ukućana s kojima dijete boravi ili osobe s kojima je dijete u svakodnevnom kontaktu nemaju **kroničnih bolesti** (respiratorne, kardiovaskularne, dijabetes, maligne bolesti, imunodeficijencija, veća tjelesna/motorička oštećenja)
4. Učenik će u školu dolaziti i odlaziti u pratnji \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(ime i prezime*) ili \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*ime i prezime)* koja/i ne boluje niti ima simptome bolesti COVID-19 i nije u povećanom riziku od nastanka bolesti COVID-19.
5. Ukoliko moje dijete za vrijeme nastave dobije **simptome** koji bi mogli upućivati na COVID-19 (povišena tjelesna temperatura, respiratorni problemi, kašalj, kratki dah), izjavljujem/o da ću u najkraćem mogućem roku preuzeti moje dijete, te da me se kontaktira na mobilni telefon broj: I\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
6. Svojim potpisom potvrđujem da sam **pročitao/la *Upute HZJZ 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.

Izjavljujem/o da u slučaju bilo kakve promjene u gore navedenim uvjetima nećemo slati dijete u školu.

**IME I PREZIME OCA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_POTPIS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**DATUM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Sukladno Općoj uredbi o zaštiti osobnih podataka davatelj/i ove izjave svojim potpisom daju suglasnost Osnovnoj školi dr.Ante Starčević Pazarište Klanac 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.*