**II. OSNOVNA ŠKOLA VARAŽDIN**

**IZJAVA RODITELJA/SKRBNIKA UČENIKA**

*Ovu izjavu daju i potpisuju oba roditelja učenika ili samo jedan roditelj ukoliko je samohrani roditelj ili skrbnici djeteta.*

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, a prije uključivanja učenika u razrednu nastavu od 11. svibnja 2020. u II. osnovnoj školi Varaždin

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

pohađati nastavu u II. osnovnoj školi Varaždin od 11. svibnja 2020. godine i da ispunjavam/o sve uvjete (**OBAVEZNO ZAOKRUŽITI**):

1. Oboje smo zaposleni i ne radimo od kuće (samohrani roditelj izjavljuje samo za sebe);
2. Moje/naše dijete nema kroničnih bolesti (respiratorne, kardiovaskularne, dijabetes, maligne bolesti, imunodeficijencija, veća tjelesna/motorička oštećenja);
3. Niti jedan od ukućana s kojima moje/naše 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. Niti jedan od ukućana s kojima moje/naše dijete boravi ili osobe s kojima je dijete u svakodnevnom kontaktu nisu u samoizolaciji ili karanteni i nisu u povećanom riziku zaraze virusom Covid-19;
5. a) Moje/naše dijete će u II. osnovnu školu dolaziti i odlaziti u pratnji\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime i prezime osobe) koji/a ne boluje niti ima simptome bolesti Covid-19 i nije u povećanom riziku od nastanka bolesti Covid-19

 b) dijete će dolaziti i odlaziti iz škole bez pratnje

1. Moje/naše dijete nema povišenu tjelesnu temperaturu, respiratorne simptome poput kašlja i kratkog daha ili druge simptome bolesti poput gripe ili prehlade;
2. Upoznat/i sam/smo s uputama Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo o dolasku djeteta u školu, boravku u školi i odlasku iz škole i o njima sam/smo upoznali i moje/naše dijete te mu objasnili kako ih se pridržavati.
3. U skladu s Općom uredbom o zaštiti podataka dajemo suglasnost II. osnovnoj školi Varaždin za prikupljanje i obradu osobnih podataka iz ove Izjave samo u svrhu utvrđivanja uvjeta za uključivanje učenika u razrednu nastavu.

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

Svojim potpisom pod punom krivičnom odgovornošću jamčim/o istinitost podataka u ovoj izjavi.

*NAPOMENA:*

*Nastava neće biti organizirana u punom obliku (satnica će biti skraćena). Škola nema uvjete da bi mogla zadovoljiti sve preporuke te ne može ni preuzeti potpunu odgovornost za sigurnost djece.*

*Postoji mogućnost da učenik/ca ne bude kod svoje razredne učiteljice.*

IME I PREZIME OCA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ POTPIS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

IME I PREZIME SKRBNIKA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ POTPIS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
*(ispuniti samo ako dijete ima skrbnika)*

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