**OSNOVNA ŠKOLA SVETVINČENAT**

**Svetvinčenat 98,**

**52342 SVETVINČENAT**

OIB: 92363347984

Br. tel.: 052/ 560-001.

**IZJAVA RODITELJA/SKRBNIKA UČENIKA
o uključivanju učenika u redoviti nastavni proces u školi**

Sukladno Uputama za sprječavanje i suzbijanje epidemije COVID-19 za ustanove ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja te osnovnoškolske ustanove u kojima je osigurana mogućnost zbrinjavanje djece rane i predškolske dobi te učenika koji pohađaju razrednu nastavu Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (u daljnjem tekstu **Upute HZJZ-a**) i Preporuke za organizaciju rada u razrednoj nastavi i upute za vrednovanje i ocjenjivanje u mješovitom modelu nastave Ministarstva znanosti i obrazovanja ( u daljnjem tekstu **Preporuke MZO-a**) o uvjetima, mjerama i načinu održavanja nastave za učenike od 1. do 4. razreda dajem/o izjavu da će moje/naše dijete

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, učenik \_\_\_\_\_ . razreda
 ( upisati ime i prezime djeteta) ( upisati brojem razred)

pohađati nastavu u Osnovnoj školi Svetvinčenat **od 11. svibnja 2020. godine**.

Potpisom ove izjave, pod punom odgovornošću jamčim/o istinitost podataka u ovoj izjavi:

* oboje smo zaposleni i ne radimo kod kuće te dok smo na poslu, odnosno u vrijeme održavanja nastave od 8.00 do 12.00 sati, nemam/o mogućnosti zbrinjavanja djeteta
* moje/naše dijete nema kroničnih bolesti (respiratorne, kardiovaskularne, dijabetes, maligne bolesti, imunodeficijencija, veća tjelesna/motorička oštećenja);
* niti jedan od ukućana s kojima moje/naše dijete boravi ili osobe s kojima je dijete u svakodnevnom kontaktu nema kroničnih bolesti (respiratorne, kardiovaskularne, dijabetes, maligne bolesti, imunodeficijencija, veća tjelesna/motorička oštećenja);
* niti jedan od ukućana s kojima moje/naše dijete boravi ili osobe s kojima je dijete u svakodnevnom kontaktu nije u samoizolaciji ili karanteni i nisu u povećanom riziku zaraze virusom Covid-19;
* moje/naše dijete nema povišenu tjelesnu temperaturu, respiratorne simptome poput kašlja i kratkog daha ili druge simptome bolesti poput gripe ili prehlade;
* upoznat/i sam/smo s Uputama HZJZ 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.

Izjavljujem/o da u slučaju bilo kakve promijene u gore navedenim uvjetima nećemo slati dijete u školu te da ćemo postupiti prema Uputama HZJZ-a.

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

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

**Ako dijete ima skrbnika**

IME I PREZIME SKRBNIKA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_POTPIS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum davanja izjave: \_\_\_\_ svibnja 2020. godine.

**ANKETA:**

Imam potrebu organiziranja rada Produženog boravka za dijete. **DA NE**

Moje dijete će koristiti uslugu prehrane u Školi. **DA NE**