Świdnik, dn. ………….........................

**OŚWIADCZENIA KLIENTA**

**PORADNI PSYCHOLIGICZNO – PEDAGOGICZNEJ W ŚWIDNIKU:**

**w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19**

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z wytycznymi pracy poradni w reżimie sanitarnym w związku z przeciwdziałaniem pandemii COVID-19 i będę się do nich bezwzględnie stosować.

………………………………….

 Podpis klienta

1. Wyrażam zgodę na badanie mojego dziecka w poradni w warunkach stacjonarnych w przyjętym reżimie sanitarnym.

………………………………….

 Podpis klienta

1. Oświadczam, że przyjmuję na siebie odpowiedzialność za zdrowie moje i mojego dziecka i rozumiem ryzyko zachorowania związanego z moim przebywaniem w poradni
w warunkach stacjonarnych w sytuacji zagrożenia pandemią COVID-19.

………………………………….

 Podpis klienta

1. Jestem świadomy/ma, że poradnia nie jest w stanie z uwagi na COVID-19 zapewnić 100 % bezpieczeństwa zdrowotnego mnie oraz mojemu dziecku w trakcie naszego pobytu
w poradni.

………………………………….

 Podpis klienta

1. Oświadczam, że ja i moje dziecko w dniu badania jesteśmy zdrowi.

………………………………….

 Podpis klienta