**Załącznik nr 2**

…………………….

 Miejscowość i data

Oświadczam, że dziecko ………………………………………………………….. jest zdrowe. Informuje, że obecnie a także w ciągu ostatnich dwóch tygodni nie występowały u niego oraz u innych domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle gardła, inne nietypowe) oraz, że nikt z domowników i najbliższej rodziny nie przebywa na kwarantannie.

 ……….…………………………………..

 Podpis rodziny zastępczej

Wyrażam zgodę na pomiar temperatury dziecka przebywającego w pieczy zastępczej

…………………………………………………………………………………………………

przy wejściu na spotkanie do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowi Mazowieckiej.

……….…………………………………..

 Podpis rodziny zastępczej

Oświadczam, że zapoznałem/am się z procedurami bezpieczeństwa dotyczącymi realizacji umówionych spotkań w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowi Mazowieckiej

……….…………………………………..

 Podpis rodziny zastępczej

Wyrażam zgodę na udział dziecka:

…………………………………………………………………………………………………

 (imię i nazwisko)

w spotkaniu z rodzicem biologicznym.

……….…………………………………..

 Podpis rodziny zastępczej

**Załącznik nr 3**

 …………………….

 Miejscowość i data

Oświadczam, że ja ………………………………………………………….. jestem zdrowy/a. Informuje, że obecnie a także w ciągu ostatnich dwóch tygodni nie występowały u mnie oraz u innych domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle gardła, inne nietypowe) oraz, że nikt z domowników i najbliższej rodziny nie przebywa na kwarantannie.

…….…………………………………..

 Podpis rodziny zastępczej

Wyrażam zgodę na pomiar mojej temperatury

……………………………………………………………………………………………

przy wejściu na spotkanie do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowi Mazowieckiej.

…….…………………………………..

 Podpis rodziny zastępczej

Oświadczam, że zapoznałem/am się z procedurami bezpieczeństwa dotyczącymi realizacji umówionych spotkań dziecka z rodziną biologiczną.

…….…………………………………..

 Podpis rodziny zastępczej

**Załącznik nr 4**

 …………………….

 Miejscowość i data

Oświadczam, że ja ………………………………………………………….. jestem zdrowy/a. Informuje, że obecnie a także w ciągu ostatnich dwóch tygodni nie występowały u mnie oraz u innych domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle gardła, inne nietypowe) oraz, że nikt z domowników i najbliższej rodziny nie przebywa na kwarantannie.

…….…………………………………..

 Podpis rodzica biologicznego

Wyrażam zgodę na pomiar mojej temperatury

……………………………………………………………………………………………

przy wejściu na spotkanie do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowi Mazowieckiej.

…….…………………………………..

 Podpis rodziny biologicznej

Oświadczam, że zapoznałem/am się z procedurami bezpieczeństwa dotyczącymi realizacji umówionych spotkań dziecka z rodziną biologiczną.

…….…………………………………..

 Podpis rodziny biologicznej