

Závazná přihláška k osobní přítomnosti žáka ve škole od 25. května 2020 a čestné prohlášení o neexistenci příznaků virového infekčního onemocnění

V případě zájmu vraťte prosím vyplněné a podepsané prohlášení nejpozději do 18. 5. 2020 škole:

- osobně do poštovní schránky školy u hlavního vchodu (přístupná v pracovní dny od 7:00 do 14:30)
- oskenované e-mailem na skola@zsmozartova.cz

Jméno a příjmení žáka školy:

Třída: Datum narození:

Přihlašuji syna / dceru k odběru obědů (zakroužkujte odpověď): **ANO** **NE**
Syn / dcera bude ze školy odcházet (zakroužkujte odpověď): **SAMOSTATNĚ** **V DOPROVODU**
Syn / dcera bude ze školy odcházet (zakroužkujte odpověď):

PŘED OBĚDEM / PO OBĚDĚ **VE 14:00** **NA KONCI PROVOZNÍ DOBY**

1. Přihlašuji mého syna / dceru k osobní účasti na aktivitách školy od 25. 5. do 26. 6. 2020. Beru na vědomí všechny školou určené závazné podmínky, včetně možnosti vyloučení žáka z účasti při jejich porušování.
2. Prohlašuji, že se u mého dítěte neprojeví a v posledních dvou týdnech neprojevily příznaky virového infekčního onemocnění (*např. horečka, kašel, dušnost, náhlá ztráta chuti a čichu apod.*).
3. Prohlašuji, že jsem byl seznámen s vymezením osob s rizikovými faktory a s doporučením, abych zvážil tyto rizikové faktory při rozhodování o účasti na vzdělávacích aktivitách.

Osoby s rizikovými faktory

Ministerstvo zdravotnictví stanovilo následující rizikové faktory:

- 1) Věk nad 65 let s přidruženými chronickými chorobami.
- 2) Chronické onemocnění plic (*zahrnuje i středně závažné a závažné astma bronchiale*) s dlouhodobou systémovou farmakologickou léčbou.
- 3) Onemocnění srdce a/nebo velkých cév s dlouhodobou systémovou farmakologickou léčbou např. hypertenze.
- 4) Porucha imunitního systému, např.
 - a) při imunosupresivní léčbě (*steroidy, HIV apod.*),
 - b) při protinádorové léčbě,
 - c) po transplantaci solidních orgánů a/nebo kostní dřeně,
- 5) Těžká obezita (*BMI nad 40 kg/m²*).
- 6) Farmakologicky léčený diabetes mellitus.
- 7) Chronické onemocnění ledvin vyžadující dočasnou nebo trvalou podporu/náhradu funkce ledvin (*dialýza*).
- 8) Onemocnění jater (*primární nebo sekundární*).

Do rizikové skupiny patří osoba, která naplňuje alespoň jeden bod uvedený výše nebo pokud některý z bodů naplňuje jakákoliv osoba, která s ní žije ve společné domácnosti.

Prohlašuji, že domácnost s mým synem / dcerou **nesdílí** žádná osoba z definované rizikové skupiny, tj. osoba nad 65 let či osoba trpící chronickou nemocí, jejíž průběh Covid-19 komplikuje.

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

E-mail zákonného zástupce:

Datum a podpis zákonného zástupce: