

**PROCEDURA ORGANIZACJI ORAZ PROWADZENIA ZAJĘĆ REWALIDACYJNYCH  
W OKRESIE CZASOWEGO OGRANICZENIA FUNKCJONOWANIA JEDNOSTEK OŚWIATY  
W ZESPOLE SZKÓŁ IM. S. STASZICA W NAKLE N. NOT.**

1. Prowadzący zajęcia ma obowiązek poinformować dyrektora szkoły o planowanych zajęciach. Dyrektor zatwierdza ich harmonogram.
2. Odbywać mogą się wyłącznie zajęcia indywidualne, w sali lekcyjnej wskazanej przez dyrektora.
3. Najpóźniej w dniu zajęć (przed ich rozpoczęciem) prowadzący zajęcia przedkłada w sekretariacie szkoły pisemną zgodę pełnoletniego uczestnika względnie rodziców/prawnych opiekunów niepełnoletniego uczestnika na udział w nich.
3. Udział w zajęciach musi być dobrowolny.
4. W zajęciach nie mogą uczestniczyć młodzież oraz kadra pedagogiczna objęta kwarantanną lub izolacją albo mająca objawy choroby zakaźnej, jak również osoby, które w ciągu ostatnich 14 dni miały kontakt z osobą chorą z powodu infekcji wywołanej koronawirusem lub podejrzaną o zakażenie.
5. Na początku zajęć prowadzący zobowiązany jest poinformować uczestnika o konieczności zachowania zasad bezpieczeństwa sanitarno-epidemicznego.
6. Uczestnik nie może korzystać z szatni i wężła sanitarnego, poza wyznaczonym jednym stanowiskiem we wskazanej toalecie.
7. Dyrektor szkoły zapewnia środki do dezynfekcji rąk oraz sprzętu/mebli.
8. Przed rozpoczęciem zajęć obowiązkowa jest dezynfekcja dłoni uczestnika, której przy wejściu do szkoły dokonuje wyznaczony przez dyrektora szkoły pracownik obsługi. Możliwe jest także dokonywanie pomiaru temperatury ciała uczestników/prowadzącego zajęcia termometrem bezdotykowym, jednak wyłącznie za ich zgodą.
9. Wskazany przez dyrektora szkoły pracownik obsługi dokonuje po zakończeniu zajęć dezynfekcji mebli oraz sprzętu używanego przez uczestnika.
10. Podczas zajęć należy zachować między uczestnikiem a prowadzącym odstęp wynoszący co najmniej 1,5 m.
11. Każde podejrzenie zarażenia się wirusem przez uczestnika zajęć należy niezwłocznie zgłosić dyrektorowi szkoły lub innemu członkowi kadry kierowniczej, a następnie podjąć kroki mające na celu odizolowanie tej osoby od innych osób przebywających w placówce w odrębnym pomieszczeniu (sala nr 3). Następnie należy zawiadomić rodzinę bądź osoby wskazane do kontaktu o zaistniałej sytuacji oraz skontaktować się telefonicznie z powiatową/wojewódzką stacją sanitarno-epidemiologiczną w celu uzyskania decyzji co do dalszego postępowania zgodnie z procedurą ogólną.
12. W przypadku wystąpienia u nauczyciela wykonującego swoje zadania na stanowisku pracy niepokojących objawów sugerujących zakażenie koronawirusem:
  - zostaje on niezwłocznie odsunięty od pracy i odesłany transportem indywidualnym do domu (transport własny lub sanitarny),

- dyrektor szkoły lub wyznaczony przez niego pracownik powiadamia powiatową stację sanitarno-epidemiologiczną,
- pracownik powinien oczekiwać na transport w wyznaczonym pomieszczeniu, w którym jest możliwe czasowe odizolowanie go od innych osób (sala nr 3),
- dyrektor szkoły ustala obszar, w którym poruszał się i przebywał pracownik, zleca przeprowadzenie rutynowego sprzątnięcia, zgodnie z procedurami zakładowymi oraz zdezynfekowanie powierzchni dotykowych (klamki, poręcze, uchwyty).

#### TELEFONY ALARMOWE:

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Nakle n. Not.: tel. 603 500 377, 52 3860003, 52 3860004

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy: tel. 52 345 98 40

Kujawsko-Pomorski Kurator Oświaty: tel. 52 349 76 39

Starosta Nakielski: tel. 52 386 66 33

ZGODA NA UDZIAŁ W ZAJĘCIACH REWALIDACYJNYCH  
W ZESPOLE SZKÓŁ IM. S. STASZICA W NAKLE N. NOT.

Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodę na udział mojej córki/mojego syna \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ w zajęciach rewalidacyjnych organizowanych w dniu  
\_\_\_\_\_ w godzinach \_\_\_\_\_. Udział ten ma charakter  
dobrowolny. Zajęcia prowadzone będą przez Panią \_\_\_\_\_ .

Równocześnie oświadczam, że moja córka/mój syn nie jest objęta/y kwarantanną lub izolacją, nie ma objawów choroby zakaźnej, jak również w ciągu ostatnich 14 dni nie miał/a kontaktu z osobą chorą z powodu infekcji wywołanej koronawirusem lub podejrzaną o zakażenie.

\_\_\_\_\_  
PODPIS RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA, NR TELEFONU

ZGODA NA UDZIAŁ W ZAJĘCIACH REWALIDACYJNYCH  
W ZESPOLE SZKÓŁ IM. S. STASZICA W NAKLE N. NOT.

Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż mój udział w zajęciach w zajęciach rewalidacyjnych organizowanych  
w dniu \_\_\_\_\_ w godzinach \_\_\_\_\_ ma charakter dobrowolny.  
Zajęcia prowadzone będą przez Panią \_\_\_\_\_ .

Równocześnie oświadczam, że nie jestem objęta/y kwarantanną lub izolacją, nie mam objawów choroby zakaźnej, jak również w ciągu ostatnich 14 dni nie miałam/em kontaktu z osobą chorą z powodu infekcji wywołanej koronawirusem lub podejrzaną o zakażenie.

\_\_\_\_\_  
PODPIS UCZNIĄ, NR TEL. RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA