И З Ј А В А

1. Ја доле потписани/а \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( име и презиме родитеља/старатеља) изјављујем да ученик/ца\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( име и презиме ) и чланови породице нису под здравственим надзором, односно да код ученика и чланова породице не постоји сумња на инфекцију нити је потврђена болест COVID 19. Такође, изјављујем да сам упознат/а са обавезом да по позиву морам хитно да дођем у установу и поступим у интересу заштите здравља свог детета, као и да сам унапред сагласан/на са свим предлозима за лечење које даје надлежи лекар у одсуству родитеља (хоспитализација, врста терапије и сл).
2. Потврђујем да сам информисан/а о томе да ће директор установе, уколико се процени да родитељи занемарују потребе детета или поступају на начин који битно угрожава здравље и безбедност њиховог детета и других ученика, неодложно обавестити центар за социјални рад, тужилаштво и друге надлежне органе.

Потпис родитеља/старатеља

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

У\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дана\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_године