

REPUBLIKA HRVATSKA

OSNOVNA ŠKOLA

ANTUNA BRANKA ŠIMIĆA

10040 ZAGREB, Krotovica 15

**IZJAVA**

Ja, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, otac / majka / skrbnik

*(upišite vaše ime i prezime) (prekrižite nepotrebno)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ učenika/ce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ razreda OŠ Antuna

*( ime i prezime djeteta) ( razredni odjel)*

Branka Šimića iz Zagreba, Krotovica 15, izjavljujem za gore navedeno dijete:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Moje dijete ***ne boluje od COVID-19 i da nema simptoma te bolesti*** (povišena tjelesna temperatura, respiratorni problemi, kašalj, kratki dah, ili nije pod rizikom da je moglo biti zaraženo s COVID-19, te nije u samoizolaciji) |  |  |  |  |
| 1. ***Nitko u našem kućanstvu, ili našoj obitelji ne boluje od COVID-19 i da nema simptoma te bolesti*** (povišena tjelesna temperatura, respiratorni problemi, kašalj, kratki dah, ili nije pod rizikom da je moglo biti zaraženo s COVID-19, te nije u samoizolaciji) |  |  |  |  |

1. ***Svojim potpisom potvrđujem da su oba roditelja djeteta zaposlena***. Nismo u mogućnosti dijete ostaviti kod kuće pod nadzorom odrasle osobe i, usprkos preporukama HZJZ da djeca ostanu kod kuće, moramo ga/ju dovoditi u školu.
2. Moje dijete će u školu i/ili iz škole dovoditi/odvoditi sljedeće osobe:

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime | Srodstvo s djetetom |
|  |  |
|  |  |

**(Molimo upisati najviše dvije osobe koje se izmjenjuju što je moguće rjeđe)**

1. Ukoliko moje dijete za vrijeme nastave dobije simptome koji bi mogli upućivati na COVID-19 (povišena tjelesna temperatura, respiratorni problemi, kašalj, kratki dah), izjavljujem da ću u najkraćem mogućem roku preuzeti moje dijete, te da me se kontaktira na mobilni telefon broj: I\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
2. Svojim potpisom potvrđujem da sam pročitao/la upute HZJZ za sprječavanje i suzbijanje epidemije COVID-19 za osnovnoškolske ustanove, objavljene na mrežnim stranicama Škole, da sam upoznat/a s njihovim sadržajem i pristajem na njihovu primjenu.

U Zagrebu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020.

Potpis roditelja/skrbnika:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_