

## ZGODA NA UCZESTNICTWO I OŚWIADCZENIE

My, niżej podpisani, jako rodzice/prawni opiekunowie małoletniego/małoletniej:

\_\_\_\_\_ (imię i nazwisko niepełnoletniego członka ZHP)

będącego/będącej członkiem Związku Harcerstwa Polskiego w związku z organizacją zbiórki w ramach Złotu Hufca ZHP Ziemi Gliwickiej z okazji 100-lecia harcerstwa na ziemi gliwickiej, która to odbędzie się 12 września 2020 roku na terenie Gliwic, a także chęcią uczestnictwa wskazanej powyżej osoby w tej zbiórce, mając na uwadze ciągle obowiązujący na terenie Rzeczypospolitej Polskiej stan epidemii<sup>1</sup>, niniejszym oświadczamy, co następuje:

1. U wskazanej powyżej osoby, nie występują objawy chorobowe sugerujące występowanie choroby zakaźnej, w tym w szczególności choroby COVID-19, wywołanej koronawirusem SARS-CoV-2;
2. W ostatnich 14 dniach przed dniem sporządzenia niniejszego oświadczenia, wskazana powyżej osoba (\*niepotrzebne wykreślić):
  - nie przebywał/nie przebywała na kwarantannie, a także nie miał/nie miała świadomego kontaktu i nie zamieszkiwał/nie zamieszkiwała z osobą przebywającą na kwarantannie, niezależnie od formy tej kwarantanny;
  - skierowana była na kwarantannę w dniu ....., przy czym dnia ..... przeprowadzono u niej test na obecność koronawirusa SARS-CoV-2, który dał wynik NEGATYWNY i w związku z powyższym, z dniem ..... została zwolniona z obowiązku dalszego przebywania na kwarantannie;
3. Wskazana powyżej osoba nie miała świadomego kontaktu z osobą zakażoną koronawirusem SARS-CoV-2 oraz chorującą na COVID-19;
4. Mamy pełną świadomość występującego aktualnie ryzyka związanego z zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2 w trakcie udziału w formach pracy ZHP oraz będącą konsekwencją tego zakażenia możliwością zachorowania na COVID-19;
5. Mamy pełną świadomość tego, że czynnikiem zwiększającym ryzyko zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2, a tym samym zachorowania na COVID-19, jest chorowanie na choroby przewlekłe;
6. W związku z zamiarem uczestnictwa w zbiórkach oraz innych formach pracy harcerskiej przez wskazaną powyżej osobę, zobowiązujemy się do zapewnienia jej, we własnym zakresie, środków ochrony osobistej, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie w ZHP wytycznymi.

Imiona i nazwiska rodziców  
/prawnych opiekunów: \_\_\_\_\_

Miejscowość: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Czytelne podpisy: \_\_\_\_\_

Informujemy, że niniejsze oświadczenie będzie przechowywane przez okres 3 lat od daty podpisania.

<sup>1</sup> W rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2008, nr 234, poz. 1570 ze zmianami)