Приложение № 1

24 СУ ”П.К.ЯВОРОВ”

ОБЛАСТ СОФИЯ-ГРАД, СТОЛИЧНА ОБЩИНА, ГРАД СОФИЯ

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА СЪГЛАСИЕ
за ученици до 14 - годишна възраст

от.....,, , родител
(име, презиме и фамилия)
на .....,
(име, презиме и фамилия)

ученик в ……. клас с цел осигуряване на възможно най-безопасна среда при възстановяване на присъственото обучение в училище при висока заболяемост повече от 250 на 100 000 на ниво община:

Съгласие за тестване:

☐ Декларирам съгласие, детето ми да бъде тествано в класната стая с предоставен безплатно от училището неинвазивен бърз антигенен тест с проба от слюнка за доказване на COVlD-19, одобрен от Министерството на здравеопазването, пуснат на пазара в България по реда на Закона за медицинските изделия и с оценено съответствие със съществените изисквания на Директива 98/79/ЕО за диагностичните медицински изделия.

☐ Запознат/а съм с изискването 30 минути преди правенето на теста детето ми да не е консумирало храна и да не е поемало течности.

П Разбирам, че тестът е с диагностична цел и не може да се използва като единствена основа за вземане на решение за лечение.

и/или

Наличие на валиден документ за преболедуване, ваксиниране, наличие на антитела или за отрицателен резултат от лабораторно изследване

☐ Детето ми отговаря на изискванията за присъствено обучение при осигурена здравословна среда — преболедувало е COVID-19 преди по-малко от 365 дни, ваксинирано е или има необходимото количество антитела или отрицателен резултат от лабораторно изследване, за което прилагам валиден официален документ.

Дата.....

ДЕКЛАРАТОР:
(подпис родител)

Приложение № 2

24 СУ ”П.К.ЯВОРОВ”

ОБЛАСТ СОФИЯ-ГРАД, СТОЛИЧНА ОБЩИНА, ГРАД СОФИЯ

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА СЪГЛАСИЕ

за ученици над 14 – годишна възраст

……..

(име. премие и фамилия)

ученик в …… клас

и родител*……..

(име, презиме п фамилия)

с цел осигуряване на възможно най-безопасна среда при възстановяване на присъственото обучение в училище при висока заболяемост повече от 250 на 100 000 на ниво община:

Съгласие за тестване:

☐ Декларирам съгласие да бъда тестван в училището с предоставен безплатно от училището неинвазивен бърз антигенен тест с проба от слюнка за доказване на COVID-19, одобрен от Министерството на здравеопазването, пуснат на пазара в България по реда на Закона за медицинските изделия и с оценено съответствие със съществените изисквания на Директива 98/79/ЕО за диагностичните медицински изделия.

☐ Запознат съм с изискването 30 минути преди правенето на теста да не съм консумирал/а храна и да не съм поемал/а течности.

☐ Разбирам, че тестът е с диагностична цел и не може да се използва като единствена основа за вземане на решение за лечение.

и/или

Наличие на валиден документ за преболедуване, ваксиниране, наличие на антитела или отрицателен резултат от лабораторно изследване

☐ Отговарям на изискванията за присъствено обучение при осигурена здравословна среда – преболедувал/а съм COVID-19 преди по-малко от 365 дни, ваксиниран/а съм или имам необходимото количество антитела или отрицателен резултат от лабораторно изследване, за което прилагам валиден официален документ.

Дата: …….

ДЕКЛАРАТОР:

(подпис ученик)

ДЕКЛАРАТОР:

(подпис *родител)