



CENTAR ZA REHABILITACIJU ZAGREB - 10000 Zagreb, Orlovac 2

PODRUŽNICA SLOBOŠTINA, Nikole Andrića 3, 10 020 Zagreb

Tel./Fax: 01/ 6640-166, 6640-167, E-mail: slobostina@crzagreb.hr, www.crzagreb.hr

Žiro račun: 2390001-1100013531, Hrvatska poštanska banka; MB: 3256251, OIB: 32686631843

## **IZJAVA RODITELJA/SKRBNIKA DJETETA**

*Ovu izjavu daju i potpisuju oba roditelja djeteta ili samo jedan roditelj ukoliko je samohrani roditelj ili skrbnici/udomitelji djeteta.*

Sukladno uputama Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo za sprječavanje i suzbijanje epidemije COVID-19 za ustanove ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja te osnovnoškolske ustanove u kojima je osigurana mogućnost zbrinjavanja djece rane i predškolske dobi te učenika koji pohađaju razrednu nastavu dajem/o izjavu da će moje/naše dijete

*Ime i prezime djeteta* \_\_\_\_\_

Dolaziti u Centar za rehabilitaciju Zagreb od 11.05.2020. godine i da ispunjavam/o sve uvjete:

1. Moje dijete ne boluje od COVID-19 i nema niti jedan od navedenih simptoma te bolesti (povišena tjelesna temperatura, respiratorni problemi, kašalj, kratki dah, nije pod rizikom da je moglo biti zaraženo s COVID-19, te nije u samoizolaciji).
2. Nitko u našem kućanstvu, ili našoj obitelji ne boluje od COVID-19 i nema niti jedan od navedenih simptoma te bolesti (povišena tjelesna temperatura, respiratorni problemi, kašalj, kratki dah, nije pod rizikom da je moglo biti zaraženo s COVID-19, te nije u samoizolaciji).
3. Dijete, roditelj ili netko od ukućana nema neku kroničnu bolest (respiratornu, kardiovaskularnu, dijabetes, malignu bolest, imunodeficijenciju).
4. 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 dovesti u školu.
5. Moje dijete će u školu i/ili iz škole dovesti/odvesti sljedeće osobe (upisati ime):

---

6. 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 (upisati u podacima koji se traže).

7. U slučaju promjene okolnosti navedenih u ovoj Izjavi pravodobno ćemo izvijestiti učiteljicu, odnosno ravnatelja i postupiti u skladu s obvezujućim preporukama i uputama.

8. U skladu s Općom uredbom o zaštiti podataka dajemo suglasnost Centru za rehabilitaciju Zagreb za prikupljanje i obradu osobnih podataka iz ove Izjave samo u svrhu utvrđivanja uvjeta za uključivanje djeteta u programe Centra od 11.5.2020.

9. Potvrđujem da sam pročitao/la upute HZJZ za sprječavanje i suzbijanje epidemije COVID-19 za osnovnoškolske ustanove i Preporukama MZO i MDOMSP-a, koje su objavljene na mrežnim stranicama HZJZ, da sam upoznat/a s njihovim sadržajem i pristajem na njihovu primjenu.

Svojim potpisom pod punom odgovornošću jamčim/o o istinitosti podataka u ovoj Izjavi.

U Zagrebu, dana \_\_\_\_\_

Ime i prezime majke: \_\_\_\_\_

Potpis majke: \_\_\_\_\_

Ime i prezime oca: \_\_\_\_\_

Potpis oca: \_\_\_\_\_

Ime i prezime skrbnika/udomitelja: \_\_\_\_\_

Potpis skrbnika udomitelja: \_\_\_\_\_

*(ispuniti samo ako dijete ima skrbnika/udomitelja)*