Okulunuz öğrencisi ………………………………………… nın okulunuza devam ettiği süre boyunca;

* Çeşitli salgın hastalık semptomları (ateş, öksürük, burun akıntısı, solunum sıkıntısı, tat ve koku gibi duyu kayıpları) göstermesi durumunda okula göndermeyeceğimi, okula hemen bilgi vererek sağlık kuruluşuna götüreceğimi,
* Aile içinde salgın hastalık (Covid-19 vb.) belirtisi ya da tanısı olan, temaslı olan kişi bulunması durumda ivedilikle okula haber vereceğime ve çocuğumu okula göndermeyeceğime,
* Öğrencinin okula bırakılması ve alınması sırasında sosyal mesafe kurallarına uyacağımı ve maske takacağımı,
* Mümkün olduğu sürece öğrencimin aynı kişi tarafından bırakılıp alınacağını ve 65 yaş üstü bir kişi tarafından bırakılıp alınmayacağını,
* Öğrencimi okul dışında bırakacağımı ve alacağımı, acil bir durum olmadığı sürece okul binasına giremeyeceğimi

Taahhüt ederim.

Adı/ Soyadı

 İmza

İletişim İçin Tel No:

* Uygulamanın sürekliği ve kontrolü tarafımdan yapılacaktır. Acil durumlarda veli ile iletişime Okul müdürü olarak tarafımca geçilecektir.

 Ziya DOĞAN

 Okul Müdürü

İletişim İçin Tel No:505 590 74 12