POKYNY K NÁSTUPU DO ŠKOLY 2.9.2020

SPOLOČNÉ SLÁVNOSTNÉ OTVORENIE ŠKOLSKÉHO ROKA SA NEKONÁ!

Žiaci nastúpia 2.9.2020 o 8,00. **Od 2.9. do 15.9. je zákaz vstupu cudzích osôb do priestorov školy, preto s úctou žiadame rodičov našich žiakov, aby sa tento školský rok nezúčastnili jeho otvorenia.**

Zhromažďovať sa budú vo svojich kmeňových učebniach:

I.A – 2. poschodie č. 53

I.B – 2. poschodie č. 52

II.A – 2. poschodie č. 54

II.B – 1. poschodie č. 31

III.A – 2. poschodie č. 47

IV.A – 2. poschodie č. 49

Pri ceste do školy sa žiaci riadia aktuálnymi opatreniami ÚVZ SR a pokynmi RÚVZ.

* Pred školou sa nezhromažďovať!
* Pri vstupe do budovy sa vykoná ranný filter (meranie teploty) a dezinfekcia rúk!
* Žiak si umýva ruky bežným spôsobom, ktorý je v súlade s aktuálnymi hygienicko – epidemiologickými nariadeniami.
* Žiaci povinne nosia rúško všade vo vnútorných priestoroch strednej školy, vrátane svojej triedy v interných priestoroch školy.

**Zákonný zástupca**

* Zodpovedá za dodržiavanie hygienicko-epidemiologických opatrení pri príchode žiaka do strednej školy a pri odchode žiaka zo strednej školy (nosenie rúšok, dodržiavanie odstupov, dezinfekcia rúk v zmysle aktuálnych opatrení ÚVZ SR).
* Zabezpečí pre svoje dieťa každý deň dve rúška (jedno náhradné, musí mať pri sebe v prípade potreby) a papierové jednorazové vreckovky.
* Predkladá pri prvom nástupe žiaka do školy čestné prehlásenie (príloha č. 1 týchto POKYNOV) alebo po každom prerušení dochádzky žiaka do strednej školy v trvaní viac ako tri dni predkladá písomné vyhlásenie o tom, že žiak neprejavuje príznaky prenosného ochorenia a nemá nariadené karanténne opatrenie (príloha č. 2 týchto POKYNOV).
* V prípade, že má u svojho dieťaťa podozrenie alebo potvrdené ochorenie na COVID-19, bezodkladne o tejto situácii informuje príslušného vyučujúceho a riaditeľa školy. Povinnosťou zákonného zástupcu je aj bezodkladné nahlásenie karantény, ak bola dieťaťu nariadená lekárom všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast alebo miestne príslušným regionálnym hygienikom. Za týchto podmienok je žiakovi prerušená dochádzka do školy. Ak ide o plnoletých žiakov, plnia uvedené povinnosti osobne.

Príloha č. 1

**Zdravotný dotazník a vyhlásenie zákonného zástupcu žiaka alebo plnoletého žiaka pred nástupom do strednej školy, jazykovej školy alebo školského internátu**

(Ochorenie COVID – 19 spôsobené koronavírusom SARS-CoV-2)

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko zákonného zástupcu/plnoletého žiaka: |  |
| Meno žiaka: |  |
| Adresa zákonného zástupcu/plnoletého žiaka: |  |
| Telefón zákonného zástupcu/plnoletého žiaka: |  |

**Dôvod použitia tohto dotazníka:**

Dotazník je dôležitý z hľadiska monitorovania zdravia žiaka, v súvislosti so začiatkom školského roka 2020/2021 počas trvania pandémie Covid-19, resp. koronavírusom SARS-CoV-2. Je dôležité, aby školy a školské zariadenia boli bezpečným miestom pre žiakov v procese vzdelávania a výchovy.

**Dotazník vypĺňa každý zákonný zástupca žiaka resp. plnoletý žiak:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Prehlasujem, že moje dieťa vycestovalo v termíne od 17. 8. do 1. 9. 2020 mimo Slovenskej republiky:**  **Plnoletý žiak: Prehlasujem, že som vycestoval/a v termíne od 17. 8. do 1. 9. 2020 mimo Slovenskej republiky:** | |
| **ÁNO** | **NIE** |
| **Prehlasujem, že moje dieťa sa zúčastnilo hromadného podujatia** (pod hromadným podujatím sa rozumie hlavne: detský tábor, športové sústredenie, koncerty, svadby, rodinné oslavy.)  **od 17. 8. do 1. 9. 2020:**  **Plnoletý žiak: Prehlasujem, že som sa zúčastnil/a hromadného podujatia od 17. 8. do 1. 9. 2020:** | |
| **ÁNO** | **NIE** |

V prípade, že ste na niektorú z hore uvedených otázok odpovedali „ÁNO,“ ste povinný sledovať zdravotný stav žiaka a osôb žijúcich v spoločnej domácnosti a iných blízkych osôb, s ktorými je žiak v častom kontakte.

V prípade výskytu príznakov (nádcha, kašeľ, telesná teplota nad 37 °C, strata čuchu a chuti, hnačka, bolesti hlavy) u žiaka alebo osôb žijúcich v spoločnej domácnosti a iných blízkych osôb, ste povinný bezodkladne kontaktovať lekára všeobecnej starostlivosti (VLD a VLDD) a postupovať v zmysle jeho odporúčaní a žiak nenavštevuje školu do doby určenej príslušným lekárom.

Ďalej vyhlasujem, že žiak neprejavuje príznaky akútneho ochorenia, že Regionálny úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky ani lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast menovanému dieťaťu nenariadil karanténne opatrenie (karanténu, zvýšený zdravotný dozor alebo lekársky dohľad). Nie je mi známe, že by dieťa, jeho rodičia alebo iné osoby, ktoré s ním žijú spoločne v domácnosti, ako aj iné blízke osoby, prišli v priebehu ostatného mesiaca do styku s osobami, ktoré ochoreli na prenosné ochorenie (napr. COVID-19, hnačka, vírusový zápal pečene, zápal mozgových blán, horúčkové ochorenie s vyrážkami).

|  |  |
| --- | --- |
| Podpis zákonného zástupcu/plnoletého žiaka: |  |

Príloha č. 2

**Vyhlásenie zákonného zástupcu alebo plnoletého žiaka o bezinfekčnosti**

Vyhlasujem, že žiak/ja ........................................................................., bytom v  ..................................................................................., neprejavuje/m príznaky akútneho ochorenia (telesná teplota nad 37,5 °C alebo triaška, malátnosť, neprimeraná únava, začervenané, zapálené oči s výtokom, upchatý nos so sťaženým dýchaním nosom, hustý skalený, zafarbený (žltý, zelený) výtok z nosa (nádcha), bolesť uší, výtok z uší, oslabený sluch, suchý dusivý kašeľ, vlhký produktívny kašeľ, vracanie, riedka stolica niekoľkokrát denne, novovzniknuté začervenanie kože, vyrážky, chrasty a pod. na koži), že regionálny úrad verejného zdravotníctva ani lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast menovanému žiakovi/mne nenariadil karanténne opatrenie (karanténu, zvýšený zdravotný dozor alebo lekársky dohľad).

Nie je mi známe, že by žiak/ja, jeho/moji rodičia alebo iné osoby, ktoré s ním/so mnou žijú spoločne v domácnosti, prišli v priebehu ostatného mesiaca do styku s osobami, ktoré ochoreli na prenosné ochorenie (napr. COVID-19, hnačka, vírusový zápal pečene, zápal mozgových blán, horúčkové ochorenie s vyrážkami).

V ................................. dňa ...................

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko zákonného zástupcu/plnoletého žiaka: |  |
| Adresa zákonného zástupcu/plnoletého žiaka: |  |
| Telefón zákonného zástupcu/plnoletého žiaka: |  |
| Podpis zákonného zástupcu/plnoletého žiaka: |  |