

**IZJAVA RODITELJA/SKRBNIKA O KORIŠTENJU USLUGA RI /PSR  
OD 12. SVIBNJA 2020.**

*\*Ovu Izjavu daju i potpisuju oba roditelja korisnika usluga ili samo jedan roditelj ukoliko je samohrani roditelj ili skrbnik djeteta.*

Sukladno Uputama Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo o sprečavanju i suzbijanju epidemije COVID- 19 dajem/o izjavu da će moje/naše dijete

**IME I PREZIME DJETETA** \_\_\_\_\_

*Koristiti usluge rane intervencije/psihosocijalne rehabilitacije od 12.svibnja 2020.godine i da ispunjavam/o sve uvjete:*

- 1. Moje/naše dijete nema kroničnih bolesti (respiratorne, kardiovaskularne, dijabetes, maligne bolesti, imunodeficijencije, veća tjelesna/motorička oštećenja);*
- 2. Niti jedan od ukućana s kojima moje/naše dijete boravi ili osobe s kojima je dijete u svakodnevnom kontaktu nemaju kroničnih bolesti (respiratorne, kardiovaskularne, dijabetes, maligne bolesti, imunodeficijencije, veća tjelesna/motorička oštećenja);*
- 3. Niti jedan od ukućana s kojima moje/naše dijete boravi ili osobe s kojima je dijete u svakodnevnom kontaktu, nisu u samoizolaciji ili karanteni i nisu u povećanom riziku zaraze virusom COVID-19;*
- 4. Moje/naše dijete nema povišenu tjelesnu temperaturu, respiratorne simptome poput kašlja i kratkog daha ili druge simptome bolesti poput gripe ili prehlade;*
- 5. Upoznat/a/i sam/smo s uputama u cjelini Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i o njima sam/smo upoznali i moje/naše dijete te mu objasnili kako ih se pridržavati;*
- 6. Prethodno sam/smo se konzultirao/li s izabranim pedijatrom odnosno liječnikom obiteljske medicine.*

Izjavljujem/o da u slučaju bilo kakve promjene u gore navedenim uvjetima neću/nećemo slati dijete na terapiju. **Svojim potpisom pod punom materijalnom i kaznenom odgovornošću jamčim/o istinitost podataka u ovoj Izjavi.**

MJESTO I DATUM: \_\_\_\_\_

IME I PREZIME OCA: \_\_\_\_\_ POTPIS \_\_\_\_\_

IME I PREZIME MAJKE: \_\_\_\_\_ POTPIS \_\_\_\_\_

\*IME I PREZIME SKRBNIKA: \_\_\_\_\_ POTPIS \_\_\_\_\_  
(ispuniti samo ako dijete ima skrbnika)

