

**ZASADY BEZPIECZEŃSTWA DOTYCZĄCE ZAPOBIEGANIA
ROZPRZESTRZENIANIU SIĘ KORONAWIRUSA SARS-COV-2
OBOWIĄZUJĄCE W ZPSM im. W Kilara w Katowicach
POSM I st. im. S. Moniuszki
POSM II st. im. K. Szymanowskiego**

INFORMACJE OGÓLNE

- 1) Szkoła zapewnia środki higieniczne, dezynfekcyjne potrzebne do bieżącego funkcjonowania placówki.
- 2) W razie potrzeby szkoła zaopatruje pracowników w indywidualne środki ochrony osobistej, m.in.: jednorazowe rękawiczki, maseczki, ewentualnie przyłbice, fartuchy z długim rękawem.
- 3) Przy wejściu do szkoły umieszczony jest płyn do dezynfekcji rąk dla wszystkich osób wchodzących do budynku szkoły.
- 4) Do placówki nie powinni przychodzić nauczyciele i inni pracownicy, którzy są chorzy.
- 5) W przypadku wystąpienia niepokojących objawów chorobowych u osoby przebywającej na terenie szkoły, zostanie zmierzona jej temperatura. W tym celu używa się termometru bezdotykowego, który znajduje się w sekretariacie szkoły.
- 6) Szkoła zapewnia sprzęt i środki oraz razem z dyrektorem monitoruje prace porządkowe, ze szczególnym uwzględnieniem utrzymywania czystości ciągów komunikacyjnych, dezynfekowania powierzchni dotykowych: poręczy, klamek, włączników światła, uchwytów, poręczy krzeseł i powierzchni płaskich, w tym blatów w salach.
- 7) Na terenie szkoły jest wyznaczone i odpowiednio wyposażone (m.in. w środki ochrony osobistej i płyn dezynfekujący) pomieszczenie, w którym będzie można odizolować osobę w przypadku stwierdzenia objawów chorobowych (POSM I st. sala nr 19 i POSM II st. sala nr 16a)
- 8) W pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych umieszcza się grafikę z zasadami prawidłowego mycia rąk, a przy dozownikach z płynem instrukcję dot. dezynfekcji rąk.
- 9) Szatnia pozostaje zamknięta:
POSM I st. – dla klas IV-VIII
POSM II st. 15 minut po rozpoczęciu pierwszych porannych zajęć lekcyjnych wg. planu lekcji.
- 10) Uczniowie klas I – III POSM I st. korzystają z szatni pod opieką wychowawcy klasy.
- 11) W miarę możliwości ogranicza się przebywanie w placówce osób z zewnątrz. Należy zadbać o zachowanie dodatkowych środków ostrożności przy ewentualnych kontaktach z takimi osobami np. dostawcami art. biurowych, gospodarczych, itp.:

- nie witać się przez podanie ręki,
- w przypadku konieczności kontaktu bezpośredniego osoby z zewnątrz są zobowiązane do stosowania środków ochronnych: osłona ust i nosa, rękawiczki jednorazowe lub dezynfekcja rąk,
- każda wprowadzana osoba obca **wypełniła formularz wejścia i określiła w nim swój stan zdrowia – załącznik nr 1,**
- należy utrzymywać odpowiednią odległość ok. 1,5m,
- często myć i dezynfekować ręce.

12) Pracownicy administracji oraz obsługi powinni ograniczyć kontakty z uczniami oraz nauczycielami.

Opracowano na podstawie wytycznych MEN, MZ i GIS

<https://www.gov.pl/web/edukacja/bezpieczny-powrot-do-szkol-dzialania-men-w-organizacji-roku-szkolnego-20202021-w-warunkach-epidemii> 31.08.2020 r.

KWESTIONARIUSZ
oceny ryzyka epidemiologicznego

Szanowna Pani,
Szanowny Panie,

Mając na względzie potrzebę zachowania ochrony zdrowia osób przebywających na terenie **ZPSM im. W. Kilara POSM I st. / POSM II st.** zwracam się z uprzejmą prośbą o wypełnienie kwestionariusza.

Pani/Pana
imię i nazwisko:

1. Czy w Pani/Pana bądź ucznia najbliższym otoczeniu jest osoba **poddana kwarantannie**?

Tak Nie

2. Czy w Pani/Pana bądź ucznia najbliższym otoczeniu jest **potwierdzony przypadek COVID-19**?

Tak Nie

3. Czy zdiagnozowano u Pani/Pana bądź ucznia **zakażenie wirusem SARS-CoV-2**?

Tak Nie

4. Czy obserwuje Pani/Pan u siebie bądź u ucznia któryś z wymienionych **objawów**?

gorączka (powyżej 38°C)	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
kaszel	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
duszność	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
problemy z oddychaniem	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
ból mięśni	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
zmęczenie	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
katar	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
biegunka	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
ból gardła	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

Oświadczam, że podane powyżej informacje są zgodne z prawdą.

Data i godzina

Podpis