

DECLARACIÓN RESPONSABLE

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE, DE LA MADRE O TUTOR LEGAL		
DNI	TELEFONO 2	TELEFONO 2

DECLARO QUE MI HIJO/A

NOMBRE	1º APELLIDO	2º APELLIDO	FECHA NACIMIENTO

✓ En los últimos 14 días

1. No ha sufrido tos, fiebre, cansancio o falta de aire.
2. No ha estado en contacto con ninguna persona con estos síntomas.
3. Ningún miembro de la familia ha dado positivo en COVID-19.

Y ME COMPROMETO A:

1. Abstenerme de llevarle al centro si manifiesta cualquiera de estos síntomas.
2. Acudir inmediatamente al pediatra.
3. Aportar un certificado médico en el que se indique que no hay riesgo de contagio en el momento de su reincorporación al centro.

Para que así conste, firmo la presente declaración.

.....

Elda a de de 2020