

DECLARACIÓN RESPONSABLE

Yo..... con
DNI como padre/madre/tutor
de.....

Declaro que mi hijo/a NO HA TENIDO en los últimos 14 días, ni tos, ni fiebre, ni cansancio o falta de aire.

Declaro que mi hijo/a no convive con nadie que sea grupo de riesgo, ni ha estado en contacto con alguien con dicha sintomatología.

Así como también nos comprometemos a seguir una especial atención a la observación de sintomatología relacionada con COVID 19, evitando la actividad al menor signo de sospecha y en concreto: si mi hijo/a presenta los siguientes síntomas: tos, fiebre, diarrea, vómitos, conjuntivitis, piojos.

En el caso de detectar cualquier síntoma en mi hijo/a o en cualquier persona de su entorno, me comprometo a informar inmediatamente a el/la coordinador/a de la actividad para que tomen las medidas que crean oportunas.

Fecha: ___de _____de 2021

Firma: _____