DECLARACIÓN RESPONSABLE DE VALORACIÓN CLINICA DE PERSONAS CONVIVIENTES

D/Dª..... con DNI nº ..... actuando en nombre propio y como padre/madre/tutor (señale la que proceda) del niño/a ..... matriculado en el centro educativo ..... en el curso y grupo ……..

DECLARA

- Que he sido informado/a de que no debo traer al centro educativo a mi hijo/a por ser Conviviente de una persona (padre, madre, hermano, abuelo,…) con síntomas compatibles a la COVID-19.

- Que habiendo presentado la persona conviviente síntomas compatibles en los días anteriores a la fecha de esta declaración, se ha procedido según lo indicado y ha sido valorado por un médico de su servicio de salud.

- Que tras la valoración del cuadro clínico se nos ha informado que se descarta que los síntomas se deban a infección por SARS-CoV-2.

- Que el niño/a está actualmente asintomático.

Y para que conste, firmo el presente documento en:

…….. a …… de.....de 2020

Fdo: D/ Dña……