DECLARACIÓN RESPONSABLE DE VALORACIÓN CLINICA

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 a mi hijo/a con síntomas compatibles a la COVID-19 al centro educativo.

- Que habiendo presentado el mismo 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……