 

# DECLARACIÓN RESPONSABLE DE VALORACIÓN CLINICA

D/Dª....................................................................................................... con DNI nº

……….……..…............. como alumno/a mayor de edad o en nombre propio y como padre/madre/tutor (señale lo que proceda) del alumno/a

…………………………………………………………………………… matriculado/a en el centro educativo ………………………………………………………………………. en el curso y grupo ……...

# DECLARA

* Que he sido informado/a de que NO debo venir/traer a mi hijo/a (señale lo que proceda) con síntomas compatibles a la COVID-19 al centro educativo.
* Que habiendo presentado síntomas compatibles en los días anteriores a la fecha de esta declaración, se ha procedido según lo indicado y ha sido/he sido (señale lo que proceda) valorado por un médico de su servicio de salud.
* Que tras la valoración del cuadro clínico se nos ha informado de que en el momento actual los síntomas no se deben a infección por SARS-CoV-2.

- Que el alumno/a está actualmente asintomático.

Y para que conste, firmo el presente documento en:

………………….. a …… de… de 202\_

Fdo: D/ Dña……………………………

Página 21 de 24