

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE VALORACIÓN CLÍNICA DE HERMANOS/AS

D/D^a..... con DNI nº
..... como alumno/a mayor de edad o en nombre propio y como
padre/madre/tutor (señale la 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 al centro educativo a mi hijo/a por ser hermano/a conviviente no vacunado de un niño/a con síntomas compatibles a la COVID-19.
- Que habiendo presentado el hermano/a 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 de que en el momento actual los síntomas no se deben a infección por Coronavirus.
- Que el alumno/a está actualmente asintomático.

Y para que conste, firmo el presente documento en:

..... a de..... de 202_

Fdo: D/ Dña.....