

ANEXO III. MODELO DE DECLARACIÓN RESPONSABLE

D/D^a..... DNI..... y domicilio en, padre/madre/tutor/tutora legal del alumno/a matriculado/a en (indicar curso)..... en el CEIP Hispanidad de Zaragoza.

DECLARA responsablemente que:

- Si el/la alumno/a presentara **cualquiera** de las siguientes situaciones **NO** asistirá al

centro:

1. Fiebre (Temperatura mayor de 37,5°C)
2. Otra sintomatología:
 - a. Tos
 - b. Dolor de cabeza y/o de garganta
 - c. Malestar general
 - d. Vómitos
 - e. Diarrea

- Si es caso confirmado, no acudirá al centro hasta que, de acuerdo con las indicaciones del profesional sanitario, se complete el periodo de aislamiento o se confirme que la infección está resuelta. Si el alumno/a se considera contacto estrecho de un caso confirmado, no acudirá al centro hasta que, de acuerdo con las indicaciones del profesional sanitario, finalice el periodo de cuarentena. Conoce las medidas preventivas del centro y expresa su compromiso de estricto cumplimiento con las mismas.

Autorizo

- La realización de la prueba diagnóstica (toma de muestra de PCR) en el centro educativo, cuando mi hijo/a se considere un contacto estrecho de un caso COVID-19 en dicho centro, de acuerdo con la indicación de Salud Pública.

Y para que conste, a los efectos oportunos,

Zaragoza, a.....de.....de 202....

Madre/Padre/Tutor-a legal

Madre/Padre/Tutor-a legal