

DECLARACIÓN RESPONSABLE

- Nombre y Apellidos del padre, de la madre o del responsable familiar:
.....
.....
- DNI/NIE
- Teléfonos de contacto:
 - 1º:
 - 2º:

DECLARO QUE MI HIJO/A

Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Fecha de nacimiento

En los últimos 14 días

1. No ha sufrido tos, fiebre, cansancio o falta de aire.
2. No ha estado en contacto estrecho con ninguna persona con estos síntomas.
3. Ningún miembro de la familia ha dado positivo en COVID-19.

Y ME COMPROMETO A:

1. Abstenerme de llevarle al centro si manifiesta cualquiera de estos síntomas.
2. Acudir inmediatamente al pediatra.
3. Aportar un certificado médico en el que se indique que no hay riesgo de contagio en el momento de su reincorporación al centro.

He sido informado y acepto, que perteneciendo a un grupo vulnerable,

- Cumplir las medidas sanitarias para prevenir el contagio por Covid-19.
- Asumir voluntariamente los riesgos y consecuencias potenciales que implican la participación en la actividad en el contexto de la situación sanitaria actual.

Fecha y firma

ORGANIZA:

Ayuntamiento de Venta de Baños.
Concejalía de Infancia

