

Declaració responsable de l'alumne/a menor d'edat

Dades personals del pare/mare o tutor/a legal

Nom i cognoms:

DNI

Telèfon:

Dades personals del/la menor

Nom i cognoms:

DNI

Telèfon:

Declaro que el/la meu fill/a compleix amb els següents requisits:

- Absència de simptomatologia compatible amb la COVID-19 (febre, tos, dificultat respiratòria, malestar, diarrea...) o amb qualsevol altre quadre infecciós.
- Que no siguin o hagin estat positives per al SARS-CoV 2 durant els 14 dies anteriors.
- Que no hagin estat en contacte estret amb positiu confirmat o simptomatologia compatible en els 14 dies anteriors.
- Que te el calendari vacunal al dia.

Declaro que sóc coneixedor/a que en el cas que presenti una malaltia crònica d'elevada complexitat que pugui augmentar el risc de gravetat en cas de contraure la infecció per SARS-CoV2, caldrà la conformitat del metge:

- Malalties respiratòries greus que precisen medicació o dispositius de suport ventilatori.
- Malalties cardíagues greus.
- Malalties que afecten al sistema immunitari (per exemple aquells que precisen tractaments immunosupressors).
- Diabetis mal controlada.
- Malalties neuromusculars o encefalopaties moderades o greus.

Amposta a,.....de.....de 20.....

Signat,