

## DECLARACIÓN RESPONSABLE

D/D<sup>a</sup>....., con DNI.....  
padre/madre/tutor/a del alumno/a.....  
matriculado en el curso.....del Centro Educativo C.P.R San Fernando.

### Declara responsablemente que:

Realizará al alumno/a la Encuesta de Autoevaluación clínica del COVID y que se compromete a NO enviarlo al centro y mantenerlo en aislamiento preventivo domiciliario en los siguientes casos:

- Si el alumno tiene síntomas compatibles con COVID-19, poniéndose en contacto con su pediatra y con alguno de los miembros del equipo COVID del centro educativo.
- Si alguna persona del núcleo familiar es sospechosa de padecer COVID-19, el alumno/a no podrá acudir al centro hasta que se conozca el resultado de la prueba y sea negativo. La persona afectada o su familia comunicarán el resultado a la persona coordinadora COVID del centro.

Para que conste

En ....., a ..... de ..... de 2020.

FDO: .....

El alumno deberá:

- Respetar la distancia de seguridad interpersonal de 1,5 metros y evitar aglomeraciones.
- Acudir provisto de mascarilla y utilizarla de forma correcta cubriendo boca, nariz y barbilla.
- Cumplir con el orden establecido para entradas y salidas del centro.
- Respetar las normas establecidas por el centro educativo.
- No podrá acceder al centro educativo con síntomas compatibles con COVID-19 o si no ha finalizado el período de aislamiento por enfermedad diagnosticada, o que se encuentre en período de cuarentena domiciliaria por haber tenido contacto con alguna persona con síntomas o diagnosticado de COVID-19.

## ENCUESTA DE AUTOEVALUACIÓN CLÍNICA DEL COVID

- ❖ Cada día as familias deben facer esta enquisa aos seus fillos antes de vir ao cole.
- ❖ A enquisa non é preciso entregala no centro.
- ❖ De ser o caso, e presentar calquera destes síntomas, a familia debe solicitar consulta no seu centro de saúde .
- ❖ Para comunicar a falta ao centro , as familias deben poñerse en contacto co Equipo Covid

<b>Síntomas respiratorios</b>	<b>Febre maior de 37,5°C</b>		
	<b>Tose seca</b>		
	<b>Dificultade respiratoria</b>		
<b>Outros síntomas</b>	<b>Fatiga severa (cansazo)</b>		
	<b>Dor muscular</b>		
	<b>Falta de olfacto</b>		
	<b>Falta de gusto</b>		
	<b>Diarrea</b>		

Ten actualmente algún dos síntomas? Sinalar cales e cando comezaron.

		<i>SI</i>	<i>NON</i>
<b>Tivo <i>CONTACTO</i></b> <b>nas últimas 2</b> <b>semanas?</b>	<b>cunha persoa COVID-19 +</b> <b>confirmado?</b>		
	<b>cunha persoa en illamento por</b> <b>sospeita de infección pola COVID-</b> <b>19?</b>		
<b><i>CONVIVIU</i> nas últimas</b> <b>2 semanas?</b>	<b>cunha persoa COVID-19 +</b> <b>confirmado?</b>		
	<b>cunha persoa en illamento por</b> <b>sospeita de infección pola COVID-</b> <b>19?</b>		