



**DECLARACIÓN RESPONSABLE**  
(a cumplimentar por el PADRE, MADRE O TUTOR)

D./Dña \_\_\_\_\_, con D.N.I. \_\_\_\_\_, y  
con domicilio en \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

Provincia de \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ y teléfono \_\_\_\_\_, como padre / madre /  
tutor legal, del alumno/a \_\_\_\_\_, matriculado en el grupo  
\_\_\_\_\_, en el centro educativo \_\_\_\_\_, de la localidad de  
\_\_\_\_\_

DECLARA responsablemente que su hijo/a no asistirá al centro educativo en caso de:

- Presentar fiebre, tos, sensación de falta de aire u otros síntomas compatibles con la COVID-19 como dolor de garganta, pérdida de olfato o del gusto, dolores musculares, diarreas, dolor torácico o dolor de cabeza.
- Estar diagnosticado como caso confirmado de COVID-19.
- Estar en periodo de aislamiento requerido por la autoridad sanitaria o en período de cuarentena domiciliaria por haber tenido contacto estrecho con alguna persona con síntomas, caso sospechoso o diagnosticado de COVID-19.

En \_\_\_\_\_ a \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

Firma padre/madre/tutor