



DECLARACIÓ RESPONSABLE PER A LES FAMÍLIES_E.INFANTIL

Nom i Cognoms (pare, mare, tutor/a) : _____

DNI/NIE/Passaport : _____

Nom i Cognoms de l'alumne/a: _____

Curs: _____

DECLARO RESPONSABLEMENT:

1. Que el meu fill/a, durant els darrers 14 dies i en aquest moment:
 - a. No presenta cap simptomatologia compatible amb la COVID-19 (febre, tos, dificultat respiratòria, malestar, diarrea..)
 - b. no ha estat positiu de COVID-19 i ni ha conviscut ni conviu amb persones que hagin estat o siguin positives.
 - c. No ha estat en contacte estret amb cap persona que hagi donat positiu de COVID-19 ni que hagi tingut simptomatologia compatible amb aquesta malaltia.
2. Que en el cas que tingui febre o presenti algun dels símptomes compatibles amb la COVID-19, no assistirà al centre.
3. Que conec l'obligació d'informar al centre educatiu de l'aparició de qualsevol cas de COVID-19 en el nostre entorn familiar i de mantenir un contacte estret amb el centre educatiu davant de qualsevol incidència.
4. Que el meu fill/a acudirà al centre amb mascareta.
5. Que prendré la temperatura al meu fill/a abans de sortir de casa per anar al centre educatiu i, en cas de que presenti algun dels símptomes compatibles amb la COVID-19, no assistirà al centre.
6. *(D'acord amb el model Declaració Responsable del Departament d'educació, seleccioneu una d'aquestes dues opcions)*

Que el meu fill/a no pateix cap de les malalties següents:

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

- Que el meu fill/a pateix alguna de les malalties següents i que he valorat amb el seu metge/metgessa o pediatre/a la idoneïtat de reprendre l'activitat escolar.
- Malalties respiratòries greus que necessiten medicació o dispositius de suport ventilatori
 - Malalties cardíagues greus.
 - Malalties que afecten al sistema immunitari (per exemple, aquells infants que necessiten immunosupressors).
 - Diabetis mal controlada
 - Malalties neuromusculars o encefalopaties moderades o greus.

I, perquè així consti als efectes de la incorporació del meu fill/a _____ al Col·legi Lestonnac- Pau Claris, signo aquesta declaració de responsabilitat a Barcelona el dia ____ de _____ de 2020.

Signatura pare/mare/ tutor/a

El col·legi Lestonnac-Pau Claris tractarà aquesta informació amb el requisits de confidencialitat de les dades tal com s'estableix a la normativa vigent i pel menor nombre de persones. Us informem que un cop acabi aquesta situació la informació serà destruïda.