



## DECLARACIÓ RESPONSABLE PER A LES FAMÍLIES PRIMÀRIA

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 si no té cap contraindicació (infants menors de 6 anys, persones amb problemes respiratoris, que tinguin dificultat per llevar-se la màscara per si soles o que tenen alteracions de conducta que facin inviable la seva utilització), 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 cardíques 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.*

