

## **DECLARACIÓN RESPONSABLE DE VALORACIÓN CLINICA**

D/Da..... con DNI no ..... actuando en nombre propio y como padre/madre/tutor (señale la que proceda) del niño/a..... matriculado en el centro educativo IES PROFESOR PEDRO A. RUIZ RIQUELME en el curso .....y grupo .....

### **DECLARA**

- Que he sido informado/a de que no debo traer a mi hijo/a con síntomas compatibles a la COVID-19 al centro educativo.
- Que habiendo presentado los mismos síntomas compatibles en los días anteriores a la fecha de esta declaración, se ha procedido según lo indicado y ha sido valorado por un médico de su servicio de salud.
- Que tras la valoración del cuadro clínico se nos ha informado que se descarta que los síntomas se deban a infección por SARS-CoV-2.
- Que el niño/a está actualmente asintomático.

Y para que conste, firmo el presente documento en:

..... a ..... de..... de 20....

Fdo: D/ Dña.....