**Consejería de Educación, Cultura y Deportes**

**C.E.I.P. ÁNGEL ANDRADE**

C/ SOCUELLAMOS, 49 13500 PUERTOLLANO

Tlfno.y Fax: 926 427988 – e. mail:13004286.cp@edu.jccm.es Web: www.jccm.es/edu/cp/angelandradepuertollano

**DECLARACIÓN RESPONSABLE Y COMPROMISO**

D/Dª\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con DNI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y domicilio en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

de la localidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_provincia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padre/madre/tutor/tutora legal del alumno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_matriculado/a en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en el centro educativo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARA responsablemente que su hijo/a no asistirá de manera presencial al colegio en caso de:**

* Presentar fiebre o síntomas de sospecha de COVID-19, (temperatura superior a 37,5ª, tos, dolor de cabeza, vómitos, dolor abdominal…).
* Estar diagnosticado como caso confirmado de la enfermedad.
* Estar en periodo de aislamiento requerido por la autoridad sanitaria o en periodo de cuarentena domiciliaria.
* Haber tenido contacto estrecho con alguna persona con síntomas, caso sospechoso o diagnosticado de COVID-19, debiendo comprometerse a permanecer en aislamiento o cuarentena domiciliaria hasta el alta del estado de aislamiento y cuarentena, así como hasta tres días después de la desaparición de los síntomas, en caso de haber padecido la enfermedad.

**SE COMPROMETE responsablemente a:**

* Tomar la temperatura de su hijo/a diariamente antes de asistir al colegio y no traerlo al colegio, en caso de síntomas compatibles con COVID-19.
* Respetar las normas de protección frente al COVID-19 fijadas en el Centro.
* Justificar debidamente las posibles faltas de asistencia de su hijo/a.

Puertollano a\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_

 Firma:

Padre/madre/tutor/tutora legal del alumno/a