



## MODEL DE DECLARACIÓ RESPONSABLE

Sr./Sra.,  amb DNI/NIF:

domicili al carrer ,

núm.  de , CP , telèfon  i correu

electrònic , i Sr./Sra.,

amb DNI/NIF:

i domicili al carrer , núm.

de , CP , telèfon  i correu electrònic

, representant/s legal/s de l'/la alumne/alumna

menor d'edat amb nom i cognoms ,

matriculat/matriculada al centre educatiu COLEGIO VILLA FÁTIMA amb codi de centre 12000686 ubicat a la localitat de Burriana província de Castelló durant el curs 2020/2021,

DECLARE/DECLAREM responsablement que:

- Com a representant/s legal/s declare/declarem el meu/nostre compromís amb el compliment de les normes de salut i higiene per a l'alumnat, d'acord amb els protocols determinats en el Pla de Contingència i Continuitat de la Nova Normalitat del centre al que està matriculat/matriculada l'alumne/alumna.
- Em/Ens compromet/comprometem també a controlar diàriament l'estat de salut de l'alumne/alumna a dalt indicat abans d'acudir al centre, mitjançant l'observació de la simptomatologia pròpia de la COVID-19 (tos, febre, dificultat en respirar, etc.) i la presa de la temperatura corporal, no acudint al centre en el cas de presentar simptomatologia o una temperatura corporal major de 37,5 °C. Es mantindrà aquesta situació de no assistència al centre, fins que el/la professional sanitari/sanitària de referència confirme l'absència de risc per a l'alumne/alumna al meu/nostre càrrec i per a la resta de l'alumnat del centre.

Burriana, a  de  de 20

Signatura representant/s legal/s

Signat:

Signat: