|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LogoJunta1 | Junta de Castilla y León | PALOMA COLEGIO |
|  | Consejería de Educación | C.E.I.P. P. TIERNO GALVÁN |

**ANEXO I**

**DECLARACIÓN RESPONSABLE**

**(a cumplimentar por el PADRE, MADRE O TUTOR)**

D./Dña \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con D.N.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Población\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.P. \_\_\_\_\_\_\_\_y teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, como padre / madre / tutor legal, del alumno/a:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Matriculado/a en el grupo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en el centro educativo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la localidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARA responsablemente** que su hijo/a no asistirá al centro educativo en caso de:

* Presentar fiebre, tos, sensación de falta de aire u otros síntomas compatibles con la COVID-19 como dolor de garganta, pérdida de olfato o del gusto, dolores musculares, diarreas, dolor torácico o dolor de cabeza.
* Estar diagnosticado como caso confirmado de COVID-19.
* Estar en periodo de aislamiento requerido por la autoridad sanitaria o en período de cuarentena domiciliaria por haber tenido contacto estrecho con alguna persona con síntomas, caso sospechoso o diagnosticado de COVID-19.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

Firma padre/madre/tutor