



ANEXO I

DECLARACIÓN RESPONSABLE

(en caso de menores de edad, cumplimentar por el PADRE, MADRE O TUTOR,)

D./Dña _____, con D.N.I. _____,

y con domicilio en _____

Población _____

Provincia de _____ C.P. _____ y teléfono _____,

Rellenar solo en caso de ser menor de edad:

padre / madre / tutor legal, del alumno/a _____,

matriculado en el grupo _____,

en el centro educativo **CPrFP Gregorio Fernández** de la localidad de Valladolid

DECLARA responsablemente que su hijo/a (*marcar si es menor de edad*)

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 alumno/a (padre/madre/tutor, *si es menor de edad*)