

DECLARACIÓN RESPONSABLE

D/D^a _____ con DNI N^o _____,
y domicilio en _____ de la localidad
_____, como padre/madre o tutor/a legal del alumno/a

matriculado/a en el curso _____ en el centro educativo COLEGIO
CALASANZ DE VILLACARRIEDO PP. ESCOLAPIOS,

DECLARA responsablemente que su hijo/a no asistirá de manera presencial al Centro Educativo
y/o a la Residencia/Internado que este centro posee, en caso de:

- Presentar fiebre o síntomas de sospecha de COVID-19.
- Estar diagnosticado como caso confirmado de la enfermedad.
- 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 diagnosticada 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.

Así mismo, **ADQUIERE el compromiso de:**

- **Comprobar diariamente** el estado de salud de su hijo/a antes de incorporarse al centro educativo.
- **Notificar la ausencia al centro**, si es por la enfermedad, través del teléfono o medio de comunicación que se haya establecido para esta finalidad en el centro educativo.
- **Aceptar el conjunto de medidas establecidas** en los Planes de Contingencia elaborados por el Centro y las higiénico-sanitarias y de prevención que puedan establecerse y/o modificarse en todo momento por las autoridades sanitarias. Entre estas medidas está la necesidad de acudir a recoger al alumno/a en el centro cuando sea requerido por los encargados del mismo porque las circunstancias así lo requieran.

Y para que conste, a los efectos oportunos, en _____, a ____ de _____ de 2020

Padre/Madre/Tutor/a legal

Fdo.