



MODELO DE DECLARACIÓN RESPONSABLE

D^a _____ con DNI _____

e/ou D _____ con DNI _____

nai/pai/ titor ou titora legal do alumno/alumna _____

_____ matriculado no _____ curso de _____

no centro educativo CPR PLURILINGÜE LUIS VIVES.

DECLARAN RESPONSABLEMENTE QUE :

Realizan ao alumno/a a toma de temperatura corporal e a Enquisa de Autoavaliación clínica do COVID (anexo 1) cada día, antes de asistir ao centro, e que se compromete a NON enviálo ao centro e mantelo en illamento preventivo domiciliario nos seguintes supostos:

- se o alumno/a ten síntomas compatibles coa COVID-19, poñéndose en contacto co seu pediatra e con algunha das persoas membros do equipo COVID do centro educativo via telefónica o mediante a plataforma colexial.

- se algunha persoa do núcleo familiar é sospeitosa de padecer a COVID-19, o alumno/a non poderán acudir ao centro ata que se coñeza o resultado da proba e sexa negativo. A persoa afectada ou a súa familia comunicarán o resultado á persoa coordinadora COVID do centro.

En Ourense, a ____ de _____ de 2020.

Asdo. _____

Asdo: _____

Nai/ titor legal

Pai/titor legal

*Nos casos de separacións/divorcios cada un dos proxenitores deberá cubrir/entregar este documento.

ANEXO I. ENQUISA DE AUTOAVALIACIÓN CLÍNICA DO COVID-19

Esta enquisa pretende ser útil para que a comunidade educativa poida identificar síntomas clínicos de sospeita de ter infección por coronavirus. De presentar calquera destes síntomas solicite consulta no seu centro de saúde.

<i>Presentou nas últimas 2 semanas?</i>		<i>SI</i>	<i>NON</i>
Síntomas respiratorios	Febre maior de 37,5°C		
	Tose seca		
	Dificultade respiratoria		
Outros síntomas	Fatiga severa (cansazo)		
	Dor muscular		
	Falta de olfacto		
	Falta de gusto		
	Diarrea		

Ten actualmente algún dos síntomas? Sinalar cales e cando comezaron.

		<i>SI</i>	<i>NON</i>
CONVIVIU nas últimas 2 semanas?	cunha persoa COVID-19 + confirmado?		
	cunha persoa en illamento por sospeita de infección pola COVID-19?		