

## DECLARACIÓN RESPONSABLE (1)

(Rellenar por el padre/madre/tutor/tutora si el alumno/a es menor de edad)

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

y domicilio en \_\_\_\_\_ localidad  
\_\_\_\_\_ padre/madre/tutor/tutora legal del alumno/a  
\_\_\_\_\_ matriculado/a en el CENTRO SOCIAL BELLAVISTA  
“JULIO BLANCO” en \_\_\_\_\_ (nivel) de \_\_\_\_\_ (etapa)

**DECLARA responsablemente** que su hijo/a no asistirá de manera presencial al Centro Educativo 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**, a través del teléfono del Cole (942 390 030), del correo electrónico ([csbellavista@telefonica.net](mailto:csbellavista@telefonica.net)) o a través del tutor/a.
- Aceptar el conjunto de medidas establecidas** en el Plan de Contingencia elaborado por el Centro y las higiénico-sanitarias y de prevención que puedan establecerse y/o modificarse en todo momento por las autoridades sanitarias.

Y para que conste a los efectos oportunos, lo firmo

En ....., a ..... de ..... de 2021

Tutor/a legal / Padre / Madre

Fdo.

## DECLARACIÓN RESPONSABLE (2)

(Rellenar por el alumno/a si es mayor de edad)

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

con DNI \_\_\_\_\_

y domicilio en \_\_\_\_\_

localidad \_\_\_\_\_

matriculado/a en \_\_\_\_\_

en el CENTRO SOCIAL BELLAVISTA “JULIO BLANCO” en \_\_\_\_\_ (nivel) de \_\_\_\_\_  
(etapa)

**DECLARA responsablemente** que no asistirá de manera presencial al Centro Educativo 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** su estado de salud antes incorporarse al centro educativo.
- Notificar la ausencia al Centro, si es por la enfermedad**, a través del teléfono del Cole (942 390 030), del correo electrónico ([csbellavista@telefonica.net](mailto:csbellavista@telefonica.net)) o a través del tutor/a.
- Aceptar el conjunto de medidas establecidas** en el Plan de Contingencia elaborado por el Centro y las higiénico-sanitarias y de prevención que puedan establecerse y/o modificarse en todo momento por las autoridades sanitarias.

Y para que conste a los efectos oportunos,

En ....., a ..... de ..... de 2021

Fdo.: