



PUNTO DE ATENCIÓN Á INFANCIA DO CONCELLO DO CORGO
A portela, San Xoán do Corgo – 27163 – O Corgo- LUGO – Telf.: 982302327

DECLARACIÓN RESPONSABLE CONFORME CO ESTABLECIDO NO PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA AS ESCOLAS INFANTÍS 0-3 FRENTE AO CORONAVIRUS APLICABLE AS CASAS NIÑO, PUNTOS DE ATENCIÓN Á INFANCIA, ESPAZOS INFANTÍS E LUDOTECAS.

D./Dna. _____ con DNI/NIE _____

proxenitor/a, titor/a ou representante legal, da nena/o, _____

matriculada/o na escola infantil de _____

- DECLARO RESPONSABLEMENTE que ningún membro da unidade familiar presentou sintomatoloxía asociada ao covid (fiebre, tos, dificultade ao respirar, etc), nin estivo en contacto estreito ou non gardou a distancia interpersonal de seguridade cunha persoa afectada polo COVID -19, nos últimos 14 días.
- Comprométome a notificar inmediatamente á escola infantil calquera circunstancia ou problema de saúde vinculado ao COVID 19 que poida acaecer ao longo do presente curso 20/21
- Mediante este compromiso, tamén declaro que se tomará a temperatura ao meu fillo/a diariamente no domicilio e que o neno non será enviado á escola sempre que supere a temperatura de 37,5°, ou presente sintomatoloxía aguda relacionada có Covid -19.
- Comprométome así mesmo para o suposto caso de que ao neno/a se lle detectase febre ou outros síntomas durante a xornada horaria de permanencia na escola, a acudir á súa recollida na maior brevidade de tempo, para o que estarei localizable en todo momento.
- Declaro, no caso de pertencer o meu fillo/a a un grupo vulnerable fronte á COVID-19, que son consciente de que tras unha infección por este virus, as manifestacións da enfermidade poden ser máis severas que noutras persoas de grupos non considerados vulnerables.

Aceptación das condicións persoais de hixiene e prevención fronte ao COVID-19

- Os pais comprométese a manter as condicións de hixiene e prevención tanto persoais como dos seus fillos/as esixidas dentro da escola ou para acudir a ela, con estreito cumprimento do Protocolo aprobado pola Xunta de Galicia.

PERSOA VULNERABLE: aquela con enfermidade cardiovascular, incluída hipertensión, enfermidade pulmonar crónica, diabetes, inmunodepresión, cancro en fase de tratamento activo.

En _____ a, _____ de _____, de 20__

Sinatura do proxenitor/a 1, titor/a ou representante legal

Sinatura do proxenitor/a 2, titor/a ou representante legal