

## DECLARACIÓN RESPONSABLE

(a cumplimentar por el PADRE, MADRE O TUTOR)

D./Dña. \_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_,  
y con domicilio en \_\_\_\_\_,  
Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_,  
C.P. \_\_\_\_\_ y teléfono \_\_\_\_\_, como padre / madre / tutor legal, del  
alumno/a \_\_\_\_\_ matriculado/a en el grupo \_\_\_\_\_  
en el IES ALISTE de Alcañices (Zamora),

DECLARA responsablemente que su hijo/a 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 padre/madre/tutor