

## ANEXO 4. MODELOS DE DECLARACIONES RESPONSABLES

### DECLARACIÓN RESPONSABLE DE CUMPLIMIENTO DE AISLAMIENTO / CUARENTENA

D/D<sup>a</sup>..... con DNI nº  
..... actuando en nombre propio y como padre/madre/tutor (señale la  
que proceda) del niño/a..... matriculado  
en el centro educativo ..... en el curso y  
grupo .....

#### DECLARA

- Que a mi hijo/a se le prescribió aislamiento durante *10 días* / cuarentena durante *14 días* (tachar lo que no proceda) por ser considerado *caso / contacto estrecho* de un caso (tachar lo que no proceda) positivo por COVID-19 desde el día..... de..... de 2020.
- Que desde el momento de la indicación del aislamiento o la cuarentena ha seguido las instrucciones de las Autoridades Sanitarias al respecto cumpliendo los días de cuarentena que se le indicaron.
- Que el niño/a actualmente se encuentra asintomático.

Y para que conste, firmo el presente documento en:

..... a ..... de..... de 2020

Fdo: D/ Dña.....

## DECLARACIÓN RESPONSABLE DE CUMPLIMIENTO DE AISLAMIENTO / CUARENTENA

D/D<sup>a</sup>..... con DNI nº  
..... actuando en nombre propio como alumno/a matriculado en el  
centro educativo ..... en el curso y  
grupo .....

### DECLARA

- Que se me prescribió aislamiento durante *10 días* / cuarentena durante *14 días* (tachar lo que no proceda) por ser considerado caso/contacto estrecho de un caso (tachar lo que no proceda) positivo por COVID-19 desde el día ..... de ..... de 2020.
- Que desde el momento de la indicación de la cuarentena he seguido las instrucciones de las Autoridades Sanitarias al respecto cumpliendo los días de cuarentena que se me indicaron.
- Que actualmente me encuentro asintomático.

Y para que conste, firmo el presente documento en:

..... a ..... de..... de 2020

Fdo: D/ Dña.....

## DECLARACIÓN RESPONSABLE DE VALORACIÓN CLÍNICA

D/D<sup>a</sup>..... con DNI nº  
..... actuando en nombre propio y como padre/madre/tutor (señale la  
que proceda) del niño/a..... matriculado  
en el centro educativo ..... en el curso y  
grupo .....

### DECLARA

- Que he sido informado/a de que no debo traer a mi hijo/a con síntomas compatibles a la COVID-19 al centro educativo.
- Que habiendo presentado el mismo síntomas compatibles en los días anteriores a la fecha de esta declaración, se ha procedido según lo indicado y ha sido valorado por un médico de su servicio de salud.
- Que tras la valoración del cuadro clínico se nos ha informado que se descarta que los síntomas se deban a infección por SARS-CoV-2.
- Que el niño/a está actualmente asintomático.

Y para que conste, firmo el presente documento en:

..... a ..... de..... de 2020

Fdo: D/ Dña.....

## DECLARACIÓN RESPONSABLE DE VALORACIÓN CLÍNICA DE HERMANOS/AS

D/D<sup>a</sup>..... con DNI nº  
..... actuando en nombre propio y como padre/madre/tutor (señale la  
que proceda) del niño/a..... matriculado  
en el centro educativo ..... en el curso y  
grupo .....

### DECLARA

- Que he sido informado/a de que no debo traer al centro educativo a mi hijo/a por ser hermano/a conviviente de un niño/a con síntomas compatibles a la COVID-19.
- Que habiendo presentado el hermano/a síntomas compatibles en los días anteriores a la fecha de esta declaración, se ha procedido según lo indicado y ha sido valorado por un médico de su servicio de salud.
- Que tras la valoración del cuadro clínico se nos ha informado que se descarta que los síntomas se deban a infección por SARS-CoV-2.
- Que el niño/a está actualmente asintomático.

Y para que conste, firmo el presente documento en:

..... a ..... de..... de 2020

Fdo: D/ Dña.....

## DECLARACIÓN RESPONSABLE DE VALORACIÓN CLÍNICA

D/D<sup>a</sup>..... con DNI nº  
..... actuando en nombre propio y como alumno/a matriculado en el  
centro educativo ..... en el curso y  
grupo .....

### DECLARA

- Que he sido informado/a de que no debo acudir con síntomas compatibles a la COVID-19 al centro educativo.

- Que habiendo presentado síntomas compatibles en los días anteriores a la fecha de esta declaración, se ha procedido según lo indicado y he sido valorado por un médico de mi servicio de salud.

- Que tras la valoración del cuadro clínico me ha informado que se descarta que los síntomas se deban a infección por SARS-CoV-2.

- Que me encuentro actualmente asintomático.

Y para que conste, firmo el presente documento en:

..... a ..... de..... de 2020

Fdo: D/ Dña.....