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

D/Dª con DNI y domicilio en localidad matriculado/a en en el centro educativo

**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**, través del teléfono o medio de comunicación que se haya establecido para esta finalidad en el centro educativo.

**Aceptar el conjunto de medidas establecidas** en el Plan de Contingencia a elaborar por cada Centro Educativo 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,

………………., a……….de… de 2020

Fdo.: