

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD DE REINCORPORACIÓN AL CENTRO DE LOS MENORES QUE HAN DESARROLLADO SÍNTOMAS COMPATIBLES CON LA COVID-19 POR PARTE DE LOS SERVICIOS DE SALUD RESPONSABLES DE LOS MISMOS

APELLIDOS, NOMBRE: _____

DNI: _____

Como responsable legal de _____

Curso: _____

El abajo firmante, a los efectos previstos en punto 8 a del anexo II de la *Resolución conjunta de las Viceconsejerías de Política Educativa y de Organización Educativa por la que se dictan instrucciones sobre medidas organizativas y de prevención, higiene y promoción de la salud frente al COVID-19 para centros educativos en el curso 2020-2021*.

DECLARA

- Que el organismo de Sanidad responsable del menor ha comunicado su conformidad a la reincorporación del mismo al centro escolar a partir del día ____ de _____ de 20 ____.
- Que en el momento de la asistencia del menor éste no presenta ningún síntoma que pueda ser indicativo de afección por COVID-19.

Madrid, a ____ de _____ de 20 ____

Fdo.: _____