

Declaració responsable d'estat de salut (d'acord amb el pla de reobertura del centre)

En/Na _____

amb DNI _____, del grup _____

DECLARO RESPONSABLEMENT

Que durant els darrers 14 dies i en cap moment

- No he presentat cap simptomatologia compatible amb la COVID-19 (febre, tos, dificultat respiratòria, malestar, diarrea...) o amb qualsevol altre quadre infecciós
- No he donat positiu de COVID-19 ni he conviscut amb persones que hagin donat positiu
- No he estat en contacte estret amb cap persona que hagi donat positiu de COVID-19 ni que hagi tingut simptomatologia compatible amb aquesta malaltia
- Tinc el calendari vacunal al dia

Que no pateixo cap de les malalties següents o, en cas de patir-ne, he valorat amb el meu metge la idoneïtat de reemprendre l'activitat escolar

- Malalties respiratòries greus que necessiten medicació o dispositius de suport respiratori
- Malalties cardíagues greus
- Malalties que afecten al sistema immunitari (per exemple, malalties que requereixen tractaments immunosupressors)
- Diabetis mal controlada
- Malalties neuromusculars o encefalopaties moderades o greus

Data: _____

Signatura: