

## 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.....