

### DECLARACIÓN RESPONSABLE DE VALORACIÓN CLÍNICA DE HERMANOS/AS

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

#### DECLARA

- Que he sido informado/a de que NO debo venir/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 de que en el momento actual los síntomas no se deben a infección por SARS-CoV-2.
- Que el alumno/a está actualmente asintomático.

Y para que conste, firmo el presente documento en:

..... a ..... de..... de 202\_

Fdo: D/ Dña.....