



DECLARACIÓN RESPONSABLE DE VALORACIÓN CLÍNICA DE HERMANOS/AS

D/Dª..... 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



Región de Murcia
Consejería de Educación y Cultura



Región de Murcia
Consejería de Salud

Fdo: D/ Dña.....