

## DECLARACIÓN RESPONSABLE

Nombre y Apellidos del padre, de la madre o del responsable familiar:
---

D.N.I./N.I.E	Teléfono de contacto 1	Teléfono de contacto 2	Teléfono de contacto 3
--------------	------------------------	------------------------	------------------------

### DECLARO QUE MI HIJO/A

Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Fecha de nacimiento

En los últimos 14 días

1. No ha sufrido tos, fiebre, cansancio o falta de aire.
2. No ha estado en contacto con ninguna persona con estos síntomas.

### Y ME COMPROMETO A:

1. Abstenerme de llevarle al centro si manifiesta cualquiera de estos síntomas.
2. Acudir inmediatamente al pediatra.

Fecha y firma

**OBSERVACIONES:** El presente documento se entregará el día que el participante se incorpore por primera vez a la actividad.