



## DECLARACIÓ RESPONSABLE FAMÍLIES

COL·LEGI CARDENAL  
VIDAL I BARRAQUER

Entitat:	COL·LEGI CARDENAL VIDAL I BARRAQUER
NIF:	G-43477710
Adreça:	Carrer Creus, 11
Població:	CAMBRILS

En/Na						
amb DNI:						
en qualitat de	<input type="checkbox"/>	Pare	<input type="checkbox"/>	Mare	<input type="checkbox"/>	Tutor/a Legal
de l'alumne/a:						
del curs:						

Declaro que és coneixedor/a del context de pandèmia actual provocada per la Covid-19 i que accepta les circumstàncies i riscos que aquesta situació pot comportar per al seu fill/a o tutelat/da. De la mateixa manera, accepta acollir-se a les mesures que siguin necessàries en cada moment segons l'evolució de la pandèmia.

Declaro que ha estat informat/da i està d'acord amb les mesures de prevenció general i amb les actuacions necessàries que s'hagin de dur a terme si apareix un cas amb simptomatologia compatible amb la Covid-19 durant el desenvolupament de l'activitat en el centre i dona el consentiment per enviar les seves dades als Serveis Territorials de Vigilància Epidemiològica i als Serveis Territorials d'Educació.

Declaro que el seu fill o filla o persona tutelada compleix els següents requisits per assistir presencialment al centre:

<input type="checkbox"/>	NO té la malaltia per la COVID-19 ni presenta símptomes compatibles amb la malaltia (febre, tos, dificultats respiratòries, malestar o diarrees) en els darrers 14 dies.
<input type="checkbox"/>	NO és persona convivent amb un cas confirmat o probable de COVID-19 en els darrers 14 dies.
<input type="checkbox"/>	NO ha estat en contacte estret amb un cas positiu confirmat o probable en els darrers 14 dies
<input type="checkbox"/>	NO presenta cap malaltia crònica d'elevada complexitat davant del risc de contagi de la COVID-19 (Malalties respiratòries greus, malalties cardíques greus, malalties que afecten al sistema immunitari, diabetis mal controlada, malalties neuromusculars o encefalopaties moderades o greus) o disposa d'informe mèdic que avala la idoneïtat per assistir presencialment al centre.

De la mateixa manera, es compromet a vigilar diàriament la salut del seu fill o filla o persona tutelada prenent la temperatura abans de sortir de casa seva i vigilat l'aparició de simptomatologia compatible amb la COVID-19. Amb aquest objectiu s'entregarà un check-list que cal seguir diàriament. En cas de que aparegui febre o símptomes o passi a ser un contacte estret o convivent no podrà assistir al centre i informará immediatament a la direcció del mateix.

Per a que així consti, es signa aquesta declaració responsable a:

Lloc:		Data:	
-------	--	-------	--

Signatura Pare / Mare / Tutor/a

Els informem que en aplicació del que disposa la normativa de protecció de dades personals (Reglament (UE) 2016/679 de 27 d'abril de 2016 i Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals), les dades que aquí es recullen seran utilitzades únicament per a garantir la salut dels nostres empleats i demés persones que es trobin a les nostres Instal·lacions. Només podran ser revelades en cas de requeriment judicial o d'una autoritat pública. El nostre principal objectiu és la protecció de la salut i evitar contagis en el si de l'empresa i / o centres de treball.

	FT-CQ-49	2020	Declaració Responsable Famílies	Pàgina 1
	APROVAT	Revisió 0.0	La versió vigent és la publicada al Qualiteasy.	