



Declaració responsable per a les famílies d'alumnes de l'Escola Tabor

Dades personals

Nom i cognoms del pare, mare o tutor/a

DNI/NIE/Passaport

Nom de l'alumne/a

Curs

Declaro, responsablement:

1. Que **som coneixedors de la situació actual de pandèmia** amb el risc que això comporta i que per tant, **s'atendran les mesures que puguin ser necessàries** en cada moment.
2. Que **ens comprometem a no portar l'infant o adolescent al centre educatiu** en cas que presenti simptomatologia compatible amb la COVID-19 (veure llistat que hi ha a continuació) **o l'hagi presentat en els darrers 14 dies** i a comunicar-ho immediatament als responsables del centre educatiu per tal de poder prendre les mesures oportunes.

Si el vostre fill/a o infant o adolescent tutelat no es troba bé, marqueu amb una creu quins d'aquests símptomes presenta:

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Febre o febrícula | <input type="checkbox"/> Mal de coll | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Mal de panxa | <input type="checkbox"/> Malestar |
| <input type="checkbox"/> Dificultat per respirar | <input type="checkbox"/> Vòmits | <input type="checkbox"/> Dolor muscular |
| <input type="checkbox"/> Congestió nasal | | |

Si a casa hi ha alguna persona que no es troba bé, marqueu amb una creu quins d'aquests símptomes presenta:

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Febre o febrícula | <input type="checkbox"/> Mal de coll | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Mal de panxa | <input type="checkbox"/> Malestar |
| <input type="checkbox"/> Dificultat per respirar | <input type="checkbox"/> Vòmits | <input type="checkbox"/> Dolor muscular |
| <input type="checkbox"/> Congestió nasal | | |

Si **heu marcat una o diverses caselles no podeu portar l'infant a l'escola**. Cal que us poseu en contacte amb els responsables del centre educatiu per comunicar-ho. En horari d'atenció del vostre centre d'atenció primària, poseu-vos en contacte telefònic amb el vostre pediatra o metge de capçalera. En cas contrari, truqueu al 061.

I, perquè així consti, als efectes de la incorporació del meu fill/a _____, al centre educatiu signo la present declaració de responsabilitat i consento explícitament el tractament de les dades que hi ha en aquesta declaració.

Informació bàsica sobre protecció de dades personals:

Alumnes de centres educatius de titularitat del Departament d'Educació

Responsable del tractament: La direcció del centre educatiu.

Finalitat: Per gestionar l'acció educativa.

Drets de les persones interessades: Podeu sol·licitar l'accés, la rectificació, la supressió o la limitació del tractament de les vostres dades. Podeu trobar tota la informació relativa als drets de les persones interessades i com exercir-los en el web del Departament d'Educació.

Informació addicional sobre aquest tractament: <http://ensenyament.gencat.cat/ca/Detail/alumnes-centres-departament>

Lloc i data

Signatura