

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE VALORACIÓN CLÍNICA

D/D^a..... con DNI nº
..... actuando en nombre propio y como padre/madre/tutor (señale la
que proceda) del niño/a.....
asociado del Club Deportivo Baloncesto Maristas Murcia durante la temporada
2020/2021 y perteneciente al equipo

DECLARA

- Que he sido informado/a de que no debo traer a mi hijo/a con síntomas compatibles a la COVID-19 al centro educativo.
- Que habiendo presentado el mismo 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

Fdo: D/ Dña.....