COLEGIO LEONARDO DA VINCI

Jardín Maternal y de Infantes – E.P. – E.S. – Bilingüe – Colegio Universitario – U.A.I.
Bernardo de Irigoyen 696 – Boulogne Sur Mer – T.E.: 4737-5313 / 14
Email: davinci@vaneduc.edu.ar

VANEDUC
1942-2021
79 años

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Fecha:……../…….../2021

APELLIDO y Nombres de la/del ESTUDIANTE:

……***Sala***:……

Teléfono Contacto familia:……

Temperatura corporal ……º (completa la Institución).

Síntomas (Marcar lo que corresponda)	SI	NO
Marcada pérdida de olfato de manera repentina		
Dolor de garganta:		
Marcada pérdida de gusto de manera repentina		
Tos		
Dificultad respiratoria o falta de aire		
Cefalea		
Mialgias		
Diarreas/ vómitos		

Otras condiciones (marcar lo que corresponda):

➢ *En el hogar hay una persona que sea caso sospechoso o confirmado de Covid 19.*		
➢ *En el hogar hay alguna persona que viajó a zona de ASPO en los últimos 14 días.*		

Declaro que la/el estudiante no tiene ninguna enfermedad crónica por la que requiera ser dispensado de la actividad presencial.

Debe tenerse presente que, en caso de temperatura corporal mayor a 37.4º o dos síntomas o presencia de un caso sospechoso o confirmado de Covid en el hogar o un miembro conviviente que haya viajado a zona de Aspo, el estudiante no podrá ingresar al establecimiento ni al transporte escolar.

Autorizo a mi hijo/a:…… a ser

retirado por:…… DNI:…… y

teléfono:……

……	……	……
Firma	*Aclaración*	*DNI*