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: .....

GRADO/AÑO:…… DIVISIÓN:

Teléfono Contacto familia:……

Temperatura corporal.....° (completa la Institución).

Síntomas (Marcar lo que corresponda) (Familia)	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 37.4° 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

Autorizo a mi hijo/a:…… a ser retirado por:…… DNI:……y teléfono:……

…… …… ……
Firma Aclaración DNI