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

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Fecha: ……/……./2022

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