



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)

- 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

SI

NO

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 deAspo, 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