

Don/dona.....con DNI....., en calidade de pai/nai/reprt. legal do  
alumno/a.....do curso....., procedo á retirada do mesmo polo seguinte motivo (crúcese o que corresponda):

- Motivo familiar/asistencia a revisión médica.
- Enfermidade ou accidente no centro; sen sintomatoloxía COVID-19
- Enfermidade ou sintomatoloxía compatible coa Covid-19:
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dificultade respiratoria | <input type="checkbox"/> Diarrea       |
| <input type="checkbox"/> Febre                    | <input type="checkbox"/> Fatiga severa |
| <input type="checkbox"/> Tose seca                | <input type="checkbox"/> Dor muscular  |

Así mesmo recórdaselle que debe solicitar unha consulta telefónica co seu pediatra para que se avalíe a necesidade de someter ao alumno/a a un test diagnóstico.

Caso de non teren cita para ese mesmo día, debe acudir ao PAC para a valoración por parte do médico de atención primaria.

Asinado:

Asinado:

Pai/nai/reprt. legal

Equipo covid





