**COMPROMISO COVID 19**

Don/a  con DNI/NIE , como persoa proxenitora ou persoa titora legal do alumno/a  matriculado en curso de [ ]  ESO [ ]  Bach [ ]  FPB [ ]  Ciclos.

**DECLARA RESPONSABLEMENTE:**

1. **QUE REALIZARÁ AO ALUMNO/A A ENQUISA DE AUTOEVALUACIÓN CLÍNICA DO COVID E QUE SE COMPROMETE A NON ENVIAR AO SEU FILLO /A AO CENTRO EDUCATIVO NO CASO DE PRESENTAR CALQUERA DOS SEGUINTES SÍNTOMAS, ata que sexa avaliado polo seu pediatra**.
2. **QUE O SEU FILLO/A ACODERÁ AO CENTRO CUNHA MÁSCARA E, POLO MENOS UNHA DE REPOSTO. AS MÁSCARAS DEBEN SER CIRÚRXICAS, FFP2/KN95 OU QUE CUMPRAN COA NORMA UNE0065.**

|  |
| --- |
| **SÍNTOMAS** |
| Síntomas respiratorios | Febre maior de 37,5 º C. |
| Tose seca  |
| Dificultade respiratoria |
| Outros síntomas | Fatiga severa  |
| Dor muscular |
| Falta de olfacto  |
| Falta de gusto  |
| Diarrea |
| Tivo contacto nas dúas ultimas semanas? | Cunha persoa Covid-19 + confirmado |
| Cunha persoa en illamento por sospeita de infección pola Covid-19 |
| Conviviu nas dúas últimas semanas ? | Cunha persoa Covid-19 + confirmado |
| Cunha persoa en illamento por sospeita de infección pola Covid-19 |

E para que conste, aos efectos oportunos asina o presente compromiso en Mondoñedo a  de  de 2020.

Persoa proxenitora ou persoa titora legal

Asdo.: 