

## DECLARACIÓN RESPONSABLE

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_, como pai/nai/titor do alumno/a \_\_\_\_\_, inscrito no curso de natación denominado \_\_\_\_\_ que se imparte os \_\_\_\_\_ na Piscina de \_\_\_\_\_,

**DECLARA RESPONSABLEMENTE** que realizará **diariamente** ao alumno/a a **“Enquisa de Autoavaliación Clínica do COVID”** e que se compromete a **NON envío** ao centro e mantelo en illamento preventivo domiciliario nos seguintes supostos:

- Se o alumno/a ten síntomas compatibles coa COVID-19, poñéndose en contacto co seu pediatra e coa Piscina na que está inscrito.
- Se algunha persoa do núcleo familiar é sospeitosa de padecer a COVID-19, o alumno/a non poderá acudir ao centro ata que se coñeza o resultado da proba, e sexa negativo. A persoa afectada ou a súa familia comunicarán o resultado á persoa coordinadora da Piscina na que está inscrito.

Asimesmo **ACEPTA / REXEITA (risque o que non proceda)** recibir información respecto das incidencias que poidan xurdir en relación á situación actual ou calquera outra relativa á actividade na que está inscrito/a, no seguinte teléfono e/ou email:

Nº teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

En Vigo, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

ASDO. \_\_\_\_\_

### **Enquisa de Autoavaliación Clínica do COVID:**

Febre maior de 37,5 °C  
Tose seca  
Dificultade respiratoria  
Fatiga severa (cansanzo)  
Dor muscular  
Falta de olfato  
Falta de gusto  
Diarrea