



**ANEXO III. MODELO DE DECLARACIÓN RESPONSABLE**

D/D<sup>a</sup>....., con DNI/NIE.....,  
y domicilio en.....  
en calidad de madre/padre/tutor/a legal del alumno/a.....,  
con **nº de tarjeta sanitaria AR** ....., matriculado/a en (indicar curso) .....,  
en el centro educativo (nombre del centro)....., de (localidad).....,

DECLARA responsablemente que:

- Si el/la alumno/a presentara cualquiera de las siguientes situaciones NO asistirá al centro:

1. Fiebre (Temperatura mayor de 37,5°)
2. Otra sintomatología: tos, falta de aire, dolor de cabeza y/o garganta, dolor muscular o torácico, pérdida de olfato o de gusto, diarrea.

- Si es caso confirmado, no acudirá al centro hasta que, de acuerdo con las indicaciones del profesional sanitario, se complete el período de aislamiento: El aislamiento se mantendrá hasta transcurridos tres días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico con un mínimo de 10 días desde el inicio de los síntomas. No será necesario la realización de una PCR para levantar el aislamiento ni para reincorporarse. En los casos asintomáticos el aislamiento se mantendrá hasta transcurridos 10 días desde la fecha de toma de la muestra para el diagnóstico.

- Si el alumno/a se considera contacto estrecho de un caso confirmado y no está vacunado no acudirá al centro hasta que, de acuerdo con las indicaciones del profesional sanitario, finalice el período de cuarentena (10 días tras el último contacto con un caso confirmado).

- Conoce las medidas preventivas del centro y expresa su compromiso de estricto cumplimiento con las mismas.

Y para que conste, a los efectos oportunos,

En ....., a ..., de ....., de 202...

Madre/Padre/Tutor/a legal