



## Declaració responsable per a les famílies curs 2020-2021

---

### Dades personals

---

Nom i cognoms del pare, mare o tutor/a

DNI/NIE/Passaport

Nom de l'alumne/a

Curs

---

Declaro, responsablement:

1. Sóc coneixedor de la situació actual de pandèmia amb el risc que això comporta i que, per tant, atendré a les mesures sanitàries que puguin ser necessàries en cada moment segons el Pla del centre.
2. Em comprometo a no portar l'infant o adolescent al centre educatiu en cas que presenti simptomatologia compatible amb la COVID-19 (segons el *Llistat de comprovació de símptomes per a les famílies facilitat pel centre*) o s'hagi presentat en els darrers 14 dies i a comunicar-ho immediatament als responsables del centre educatiu per tal de poder prendre les mesures oportunes.
3. Em comprometo a informar al centre si el meu fill/a presenta una malaltia crònica que pugui augmentar el risc de gravetat en cas de contraure la infecció per COVID-19.

I, perquè així consti, als efectes de la incorporació del meu fill/a \_\_\_\_\_, al \_\_\_\_\_ centre educatiu \_\_\_\_\_, signo la present declaració de responsabilitat i consenteixo explícitament el tractament de les dades que hi ha en aquesta declaració.

*"Recopilem la informació anterior amb la finalitat de facilitar i controlar l'accés als centres educatius de Fundació Vedruna Catalunya ("Vedruna Catalunya") i garantir la salut dels alumnes i del personal les escoles Vedruna Catalunya així com per poder contactar amb el signant per raons vinculades a la pandèmia del Covid 19. La recopilació d'aquestes dades es basa en l'interès públic. Aquesta informació serà accessible per un número limitat de treballadors de Vedruna Catalunya i es podran cedir a les autoritats de salut pública quan ho exigeixi la normativa aplicable. Vedruna Catalunya conservarà les dades mentre el virus Covid 19 representi un risc per a la salut, i posteriorment procedirà a la seva immediata eliminació. Pots exercir els drets s d'accés, rectificació, oposició i demés drets reconeguts en la normativa aplicable dirigint un correu a [delegatprotecciodades@vedruna.cat](mailto:delegatprotecciodades@vedruna.cat)*

Signatura

Lloc i data

## Annex 1: Llista de comprovació de símptomes per a les famílies

**Si el vostre fill, filla o infant o adolescent tutelat no es troba bé,** marqueu amb una creu quins d'aquests símptomes presenta:

- |                          |                         |                          |                |
|--------------------------|-------------------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Febre o febrícula       | <input type="checkbox"/> | Mal de panxa   |
| <input type="checkbox"/> | Tos                     | <input type="checkbox"/> | Vòmits         |
| <input type="checkbox"/> | Dificultat per respirar | <input type="checkbox"/> | Diarrea        |
| <input type="checkbox"/> | Congestió nasal         | <input type="checkbox"/> | Malestar       |
| <input type="checkbox"/> | Mal de coll             | <input type="checkbox"/> | Dolor muscular |

**Si a casa hi ha alguna persona adulta<sup>2</sup> que no es troba bé,** marqueu amb una creu quins d'aquests símptomes presenta:

- |                          |                         |                          |                |
|--------------------------|-------------------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Febre o febrícula       | <input type="checkbox"/> | Calfreds       |
| <input type="checkbox"/> | Tos                     | <input type="checkbox"/> | Vòmits         |
| <input type="checkbox"/> | Dificultat per respirar | <input type="checkbox"/> | Diarrea        |
| <input type="checkbox"/> | Falta d'olfacte de gust | <input type="checkbox"/> | Malestar       |
| <input type="checkbox"/> | Mal de coll             | <input type="checkbox"/> | Dolor muscular |

\*Si heu marcat una o diverses caselles **cal que eviteu portar l'infant** a l'activitat i que us poseu en contacte amb els responsables de l'activitat per comunicar-ho.

En horari d'atenció del vostre centre d'atenció primària, poseu-vos en contacte telefònic amb el vostre **equip de pediatria** o de **capçalera**. En cas contrari, truqueu al **061**.