

DECLARACIÓ RESPONSABLE DE SALUT

Jo, amb DNI com a mare/pare/tutor/a de l'infant....., declaro, responsablement:

1. Que accepto que el meu fill s'incorpori a les sessions presencials del servei d'atenció logopèdica municipal

2. Que el meu fill/a, durant els darrers 14 dies i en aquest moment:

- No presenta cap simptomatologia compatible amb la covid-19 (febre, tos, dificultat respiratòria, malestar, diarrea...) o amb qualsevol altre quadre infecciós.
- No ha estat positiu de covid-19 ni ha conviscut amb persones que siguin o hagin estat positives.
- No ha estat en contacte estret amb cap persona que hagi donat positiu de covid-19 ni que hagi tingut simptomatologia compatible amb aquesta malaltia.
- Té el calendari vacunal al dia.

3. Seleccioneu una de les opcions:

Que el meu fill/a no pateix cap de les malalties següents:

- Malalties respiratòries greus que necessiten medicació o dispositius de suport ventilatori.
- Malalties cardíaques greus.
- Malalties que afecten al sistema immunitari (per exemple, aquells infants que necessiten tractaments immunosupressors).
- Diabetis mal controlada.
- Malalties neuromusculars o encefalopaties moderades o greus.

Que el meu fill/a pateix alguna de les malalties següents i que he valorat amb el seu metge/metgessa o pediatre/a la idoneïtat de reprendre l'activitat presencial :

- Malalties respiratòries greus que necessiten medicació o dispositius de suport ventilatori.
- Malalties cardíaques greus.
- Malalties que afecten el sistema immunitari (per exemple, aquells infants que necessiten tractaments immunosupressors).
- Diabetis mal controlada.
- Malalties neuromusculars o encefalopaties moderades o greus.

4. Que prendré la temperatura al meu fill/a abans de sortir de casa per anar al servei d'atenció logopèdica municipal i que, en el cas que tingui febre o presenti algun dels símptomes compatibles amb la covid-19, no assistirà a la sessió.

5. Que conec l'obligació d'informar a l'Ajuntament de l'aparició de qualsevol cas de covid-19 en el nostre entorn familiar i de mantenir un contacte estret amb aquest davant de qualsevol incidència.

Declaro que conec les mesures de protecció i salut aprovades per l'Ajuntament i que em comprometo a seguir-les.

I, perquè així consti, als efectes de la incorporació del meu fill/a a les sessions presencials del servei d'atenció logopèdica municipal, signo la present declaració de responsabilitat i consenteixo explícitament el tractament de les dades que hi ha en aquesta declaració.

Sant Andreu de Llavaneres, dia de/d'..... de 2020

Signatura i DNI: