



**COLEGIO SAGRADA FAMILIA (A-392)**

Av. Olazabal 5151 – Tel 4521-5117/7845

## **DECLARACIÓN JURADA DEL INICIO DE CLASES PRESENCIALES 2021**

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a los días \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año 2021, quien suscribe \_\_\_\_\_, en mi carácter de estudiante, referente familiar o adulta/o responsable de la/el estudiante (tachar lo que no corresponda) \_\_\_\_\_,

DNI N° \_\_\_\_\_ con domicilio real en \_\_\_\_\_, de la ciudad de \_\_\_\_\_, teléfono celular N° \_\_\_\_\_, (de corresponder) en representación del estudiante .....

DECLARO BAJO JURAMENTO: Que la/el estudiante ni ningún integrante de su grupo familiar conviviente ha manifestado síntomas compatibles con COVID-19, a saber: tos; fiebre; dolor de garganta; dificultad respiratoria, falta de aire; disgeusia (pérdida del gusto); anosmia (pérdida del olfato), ni ningún otro síntoma relacionado al COVID-19; en los últimos catorce (14) días. A los fines de cuidar la salud de todos los integrantes de la Comunidad Educativa, declaro conocer todas las medidas de seguridad, higiene y desinfección obligatorias establecidas en el PROTOCOLO DE INICIO DE CLASES PRESENCIALES 2021 aprobado por Resolución N° 1- GCABA-MEDGC/21.

Declaro que la cobertura de salud de la/el estudiante es la siguiente Obra Social / Medicina Prepaga /Servicio de Salud Pública: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, dar aviso a:

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con la/el estudiante: \_\_\_\_\_

Autorizo a que el/la mismo/a se retire por sus propios medios del establecimiento educativo:  
SÍ  NO  Para el caso de que no se autorice el retiro por sus propios medios o sea alumna/o del Nivel Inicial, completar:

La/el estudiante se podrá retirar del establecimiento con las/os adultas/os responsables que se detallan a continuación:

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con la/el estudiante: \_\_\_\_\_

Finalmente, declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente declaración jurada son verídicos y me hago responsable respecto de la veracidad de los mismos, conociendo las penalidades establecidas en la legislación vigente para el caso de falsedad de la presente.

FIRMA DEL ADULTA/O RESPONSABLE \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN y DNI \_\_\_\_\_