



## DECLARACIÓN JURADA INICIO DE LAS CLASES PRESENCIALES 2021

NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO: .....curso/sección.....

En el Municipio de ..... de la provincia 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: temperatura corporal mayor a 37.4º; marcada pérdida de olfato de manera repentina; marcada pérdida de gusto de manera repentina; tos; dolor de garganta; dificultad respiratoria o falta de aire; cefalea; dolor muscular, cansancio; vómitos/diarrea , **rinitis/congestión nasal**.

En caso de presentar síntomas compatibles con COVID-19 o ser contacto estrecho de un caso sospechoso o confirmado de COVID-19 no irá al establecimiento educativo e informaré en forma inmediata al establecimiento esta circunstancia.

A los fines de cuidar la salud de las y los integrantes de la comunidad educativa, declaro conocer todas las medidas de cuidado personal obligatorias establecidas en el PLAN JURISDICCIONAL PARA EL REGRESO SEGURO A CLASES PRESENCIALES.

Asimismo, declaro conocer el "PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO EN CONTEXTO DE COVID-19" que forma parte del PLAN JURISDICCIONAL PARA EL REGRESO SEGURO A LAS CLASES PRESENCIALES como Anexo IV del mismo.

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: .....

Para el caso del Nivel Primario/Secundario (menores de edad):

Autorizo a que el/la mismo/a se retire por sus propios medios del establecimiento educativo/en caso de ausencia docente /aislamiento preventivo de burbuja.

Sí ..... NO .....

Tomo conocimiento de que en casos de asistir solo y presentar temperatura corporal mayor a 37.4º al momento del ingreso al establecimiento educativo no podrá entrar al mismo, pudiendo retirarse e iniciar el regreso al hogar por sus propios medios y que el establecimiento educativo comunicará esta circunstancia.

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:

1. 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, habiendo explicado el contenido de la presente y de las medidas de cuidado personal que deberá observar en el establecimiento educativo al estudiante a mi cargo, conociendo las penalidades establecidas en la legislación vigente para el caso de falsedad de la presente.

**Me comprometo a informar de inmediato ante cualquier cambio en la salud del alumno/a o de algún miembro de su grupo familiar, en el transcurso de la semana presencial.  
Si durante esa misma semana tuvieran alguna inasistencia, deberán presentar nueva DDJJ al reintegrarse.**