

COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LA ASUNCIÓN – NIVEL SECUNDARIO

DECLARACIÓN JURADA INICIO DE LAS CLASES PRESENCIALES 2021

En el Municipio de: San Miguel / Moreno/ J. C. Paz de la provincia de Bs As 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 Nº con domicilio real en: de la ciudad de SM - Moreno - JCPaz. Teléfono celular: Nº.....

(de corresponder) en representación del estudiante (Nombre y Apellido del Alumno/a):
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. 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 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: SÍ ...NO (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA)

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.
.....
Firma de: /Referente familiar/adulta/o/Responsable del Estudiante

COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LA ASUNCIÓN – NIVEL SECUNDARIO

DECLARACIÓN JURADA INICIO DE LAS CLASES PRESENCIALES 2021

En el Municipio de: San Miguel / Moreno/ J. C. Paz de la provincia de Bs As 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 Nº con domicilio real en: de la ciudad de SM - Moreno - JCPaz. Teléfono celular: Nº.....

(de corresponder) en representación del estudiante (Nombre y Apellido del Alumno/a):
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. 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 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: SÍ ...NO (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA)

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.
.....
Firma de: /Referente familiar/adulta/o/Responsable del Estudiante

COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LA ASUNCIÓN – NIVEL SECUNDARIO

DECLARACIÓN JURADA INICIO DE LAS CLASES PRESENCIALES 2021

En el Municipio de: San Miguel / Moreno/ J. C. Paz de la provincia de Bs As 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 Nº con domicilio real en: de la ciudad de SM - Moreno - JCPaz. Teléfono celular: Nº.....

(de corresponder) en representación del estudiante (Nombre y Apellido del Alumno/a):
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. 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 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: SÍ ...NO (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA)

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.
.....
Firma de: /Referente familiar/adulta/o/Responsable del Estudiante