

Don/Dña. \_\_\_\_\_, con D.N.I núm. \_\_\_\_\_ y domicilio en C/ \_\_\_\_\_ de la localidad de \_\_\_\_\_.

Como Padre/Madre o Tutor del siguiente Menor:

\_\_\_\_\_, Edad \_\_\_\_\_

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

1º.- Que el menor relacionado con anterioridad NO se encuentra en aislamiento domiciliario por tener diagnóstico de COVID-19 o por tener alguno de los síntomas compatibles con dicha enfermedad, absteniéndose de asistir al Clinic si tuviera alguno de estos síntomas.

2º.- Que durante su participación se respetaran las medidas generales de higiene y distanciamiento social, obedeciendo las indicaciones e instrucciones de los monitores del Clinic.

En Morata de Jalon a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

Fdo.