



## DECLARACIÓN RESPONSABLE

D./Dña. \_\_\_\_\_ con DNI nº \_\_\_\_\_

Como padre/madre/tutor legal del jugador /a \_\_\_\_\_

del equipo(categoría) \_\_\_\_\_ perteneciente a la Agrupación deportiva del Colegio Sagrada Familia.

### DECLARO:

Que he recibido y leído el protocolo de entrenamientos de la Agrupación deportiva del colegio Sagrada Familia

Me comprometo a que mi hijo/a cumpla y siga estrictamente las medidas preventivas que se recogen en el mismo.

### ACEPTO Y CONFIRMO A:

Mi hijo/a no acuda al entrenamiento en caso de tener síntomas compatibles con el COVID-19

Mi hijo/a no acudirá a los entrenamientos por un periodo de 14 días, desde el contacto, en caso de haber tenido un contacto directo con una persona afectada por COVID-19.

Comunicar a la coordinadora (Silvia Lahoz) en caso de que mi hijo/a sea positivo a COVID-19, garantizando que la Agrupación Deportiva gestionará la información para actuar según protocolo de sanidad.

FIRMA

Nombre y Dni \_\_\_\_\_

