EDUCACIÓN | SALUD

CARTA COMPROMISO DE CORRESPONSABILIDAD

_____ **a** _____**de**_____**de 2021**

ESCUELA:_____
C.C.T. _____

NOMBRE DEL ALUMNO_____ GRADO:____ GRUPO: ____

NOMBRE DEL PADRE, MADRE DE FAMILIA O TUTOR: _____

***Manifiesto mi compromiso de**: Aceptar el Retorno seguro a clases de mi hijo/hija bajo la siguiente modalidad (seleccionar una opción):*

( ) No	*Deseo que mi hijo trabaje de forma*	*( ) Virtual*	*Otra:*
( )Si		*( )Presencial*	*( )Mixta*

En caso de ser presencial/Mixta, mi compromiso será considerar lo siguiente:

a) Revisar diariamente a mi hija/hijo para identificar la presencia de signos y síntomas relacionados con la enfermedad COVID-19 como: malestar general, tos seca, estornudos, dolor de cabeza, fiebre o dificultad para respirar.

b) Mantener a mi hija/hijo en casa, en caso de presentar alguno de los síntomas anteriores.

c) Llevar a mi hija/hijo a recibir atención médica, ante la presencia de síntomas de enfermedad respiratoria y atender las recomendaciones del personal de salud.

d) Notificar a la escuela vía telefónica, los resultados del diagnóstico médico.

e) Promover hábitos de higiene y salud que disminuyan la propagación del virus.

f) Además de que se han realizado las medidas sanitarias recomendadas y aplicado el filtro sanitario correspondiente a la casa.

En caso de presentar algún malestar, favor de comunicarse inmediatamente a los siguientes números.

Tel: 1:_____Tel 2:_____

_____

Firma de la madre, padre o tutor