DECLARACIÓN DE SALUD

Don/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con DNI/NIE/Pasaporte n.º\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ padre, madre o tutor de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifico que, durante los 10 días previos a la entrada al campamento, no ha sufrido síntomas claros de forma persistente como tos, fiebre, cansancio anormal o falta de aire, además de no haber estado en contacto con nadie que haya dado positivo en COVID-19.

Además, en caso necesario, concedo autorización a los responsables del campamento de Palabra de Vida España para la realización de PCR/prueba de anticuerpos.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de julio de 2021.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma