

 Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020

**Carta Compromiso de Corresponsabilidad**

Alumna (o): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Grupo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la madre, padre o tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hago constar que realicé a mi hija(o) una revisión y aparentemente no presenta síntomas como: malestar general, tos seca, estornudos, dolor de cabeza, fiebre o dificultad para respirar. Además de que hemos realizado las medidas preventivas necesarias.

Firmas de la madre, padre o tutor

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Martes 17 | Miércoles 18 | Jueves 19 | Viernes 20 |
|  |  |  |  |

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***\*Teléfono de contacto para cualquier duda del sector Salud. 800 123 88 88***