



**DECLARACIÓN RESPONSABLE**  
**(a cumplimentar por el PADRE, MADRE O TUTOR)**

D./Dña \_\_\_\_\_, con D.N.I. \_\_\_\_\_,  
y con domicilio en \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_  
Provincia de \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ y teléfono \_\_\_\_\_, como padre / madre / tutor legal, del  
jugador/a \_\_\_\_\_, de la Escuela Rugby Aranda

**DECLARA responsablemente** que su hijo/a no asistirá a los Entrenamientos, Concentraciones, Amistosos o similares,  
en caso de:

- Presentar fiebre, tos, sensación de falta de aire u otros síntomas compatibles con la COVID-19 como dolor de garganta, pérdida de olfato o del gusto, dolores musculares, diarreas, dolor torácico o dolor de cabeza.
- Estar diagnosticado como caso confirmado de COVID-19.
- Estar en periodo de aislamiento requerido por la autoridad sanitaria o en período de cuarentena domiciliaria por haber tenido contacto estrecho con alguna persona con síntomas, caso sospechoso o diagnosticado de COVID-19.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

Firma padre/madre/tutor