

D/D<sup>a</sup>.....

con DNI nº..... actuando en nombre propio (táchese lo que no proceda)

y como padre/madre/tutor del niño / niña

..... inscrito como participante en Farm Camp, organizado por Áncora Programas Educativos que se desarrollará

del.....al..... de ..... de 2021

## DECLARA RESPONSABLEMENTE

- Que el alumno/a no ha compartido espacio sin guardar la distancia interpersonal con una persona afectada por el COVID, incluso en ausencia de síntomas, por un espacio de al menos 10 días.
- Que he sido informado/a, conozco y acepto los términos íntegros del Protocolo Higiénico-Sanitario que ha de llevarse a cabo en Farm Camp, proporcionado por la propia organización. Asimismo, soy consciente de los posibles riesgos derivados de la crisis sanitaria provocada por el COVID y los asumo bajo mi responsabilidad.
- Que el participante durante los 10 días previos a la entrada al campamento no ha sufrido ni tos, ni fiebre, ni cansancio o falta de aire, además de no haber estado en contacto con nadie con dicha sintomatología propia del COVID.
- Que en el caso que durante el trascurso de Farm Camp se declarara un caso de contagio en la unidad familiar de convivencia de un participante, se comunicará directamente a Farm Camp.
- Que conforme al protocolo descrito, en el caso de que el participante fuese diagnosticado como positivo de COVID en los 10 días siguientes a la terminación de Farm Camp, me comprometo a comunicar al correo electrónico [director@ancoraeducacion.es](mailto:director@ancoraeducacion.es) dicha circunstancia a la organización, con el fin de que ésta proceda a informar al resto de familias de los participantes en el mismo turno.
- Que me comprometo a la recogida en Farm Camp del/la participante en caso de precisar aislamiento o cuarentena por COVID-19. Me comprometo a realizar dicho traslado en transporte privado tomando las medidas de precaución y distanciamiento estipuladas, realizando el trayecto más corto posible y evitando cualquier parada en ruta que no sea estrictamente necesaria.
- Me comprometo a informar de cualquier modificación relevante, acontecimiento adverso o incidente que pudiese producirse. AUTORIZO el uso de los datos personales facilitados a las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas implicadas, con fines estrictamente clínicos y de salud pública.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Fdo.: