



### DECLARACIÓN RESPONSABLE

D/D<sup>a</sup>..... con DNI nº  
..... actuando como padre/madre/tutor (señale lo que proceda) del  
alumno/a ..... matriculado en el centro  
educativo ..... en el curso y grupo .....

### DECLARA

- Que a mi hijo/a se le ha administrado la primera/segunda (señale lo que proceda) dosis de vacuna frente al COVID-19 el día ..... de ..... de 2021.
- Que en el día de hoy ha presentado síntomas compatibles con los efectos secundarios prescritos que pueden producirse los días posteriores a la administración de dicha dosis de vacuna.

Y para que conste, firmo el presente documento en:

..... a ..... de..... de 202\_

Fdo: D/ Dña.....