Formato de ratificación de NO SINTOMAS Covid – 19

Por medio de la presente el C. _____

padre o tutor del alumno _____ ,

informo y ratifico que el alumno NO PRESENTA ninguno de los síntomas que a continuación se describen.

(Marcar la casilla con la palabra NO)

FECHA	**FIEBRE**	**DOLOR DE CABEZA**	**TOS**	**SECRECIÓN NASAL**	**ESTORNUDOS**	**DOLOR DE GARGANTA**	**DIFICULTAD PARA RESPIRAR**	**CUERPO CORTADO/ MALESTAR GRAL.**	**DIARREA**	**FIRMA**
03-09-2021	**no**	**no**	**no**	**no**	**no**	**no**	**no**	**no**	**no**	