



## Associació Asperger de Catalunya

### Declaració responsable per a les famílies en relació amb la situació de pandèmia generada per la Covid-19

#### Declaro sota la meva responsabilitat:

- Que sóc coneixedor/a del context de pandèmia actual provocada per la Covid-19 i que accepto les circumstàncies i riscos que aquesta situació pot comportar durant el desenvolupament de l'activitat d'intervenció a l'Associació Asperger de Catalunya.
- Que he estat informat/da i estic d'acord amb les mesures de prevenció general i amb les actuacions necessàries que s'hagin de dur a terme si apareix el cas d'un menor d'edat amb simptomatologia compatible amb la Covid-19 durant el desenvolupament de l'activitat.
- Que m'encarrego d'accedir al centre amb el material necessari per a la prevenció sanitària corresponent: mascareta, higiene de les mans a l'hora d'entrar en el centre, mantenir les distàncies, no fer ús de la sala d'espera i he estat informat/da de les mesures de cada centre a l'hora del desenvolupament presencial de l'activitat.
- Que autoritzo a prendre la temperatura al meu fill/a a l'hora d'entrar a l'Associació Asperger de forma regular.
- Que informaré l'entitat organitzadora sobre qualsevol variació de l'estat de salut del meu fill/a compatible amb la simptomatologia Covid-19 mentre duri l'activitat, així com de l'aparició de qualsevol cas de Covid-19 en el seu entorn familiar.
- Que no portaré al meu fill/a a l'Associació en el cas que alguna persona de l'entorn familiar estigui pendent de rebre resultats de la prova PCR o fins i tot si l'aula on va el meu fill/a s'ha posat en quarantena.

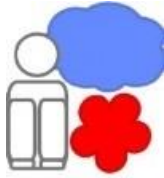
Finalment, que amb caràcter previ a la realització dels serveis i projectes que ofereix l'Associació Asperger de Catalunya, faig constar que compleix els requisits de salut següents:

- Presenta absència de malaltia i simptomatologia compatible amb la Covid-19 (febre, tos, dificultat respiratòria, malestar, diarrea...) o amb qualsevol altre quadre infecció.
- No ha conviscut o no ha tingut contacte estret amb una persona positiva de Covid-19 confirmada o amb una persona que ha tingut simptomatologia compatible en els 14 dies anteriors a la realització de l'activitat.

I per a que així consti, als efectes de la meua represa de l'activitat presencial a l'Associació Asperger de Catalunya, signo la present declaració de responsabilitat i consento explícitament el tractament de les dades que hi ha en aquesta declaració

**Nom i cognoms, DNI i signatura pare/mare o tutor/tutora**

**Data i localitat:**



## Associació Asperger de Catalunya