

PATTO DI CORRESPONSABILITA' TRA FAMIGLIE E BABYCRE 2021 HURRA!

Il/La sottoscritto/a _____ genitore di

con la presente dichiara che sia il sottoscritto sia il/la figlio/a nominato/a non presentano sintomatologia COVID e nello specifico non hanno alcuno dei seguenti sintomi:

SINTOMI RESPIRATORI (TOSSE, MAL DI GOLA, RAFFREDDORE)

DISSENTERIA

CONGIUNTIVITE

FORTE MAL DI TESTA

ANOSMIA (PERDITA OLFATTO)

AGEUSIA (PERDITA GUSTO)

DOLORI MUSCOLARI

DISPNEA (DIFFICOLTA RESPIRATORIA, AFFANNO)

FEBBRE $\geq 37,5^{\circ}$

Nella logica di patto di corresponsabilità tra BABYCRE 2021 HURRA! e la nostra famiglia, garantiamo anche di dare tempestiva comunicazione nel caso in questa prossima settimana di BABYCRE 2021 HURRA! un componente della nostra famiglia, sottoposto a tampone, risultasse positivo.

Il BABYCRE si impegnerà a fare altrettanto nei confronti delle famiglie partecipanti.

Luogo e data, _____ Firma _____