**INSTITUTO PIERRE FAURE DEL NOROESTE, S.C.**

**ESCUELA PARTICULAR INCORPORADA**

 **CARTA COMPROMISO DE CORRESPONSABILIDAD**

Lugar: Fecha: \_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_\_

Institución: Instituto Pierre Faure del Noroeste, S.C

Alumna (o):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grupo: Único

**Nombre de la madre, padre de familia o tutor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Autorizo de manera voluntaria que mi hijo (a) asista de forma presencial a su escuela, manifestando mi compromiso de:

1. Revisar diariamente a mi hija/hijo para identificar la presencia de signos y síntomas relacionados con la enfermedad COVID-19 como: malestar general, tos seca, dolor de cabeza, fiebre o dificultad para respirar.
2. Mantener a mi hijo/hija en casa, en caso de presentar alguno de los síntomas anteriores.
3. Llevar a mi hijo/hija a recibir atención médica, ante la presencia de síntomas de enfermedad respiratoria y atender las recomendaciones del personal de salud.
4. Notificar a la escuela vía telefónica, los resultados del diagnóstico del médico.
5. Promover hábitos de higiene y salud que disminuyan la propagación del virus.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma de la madre, padre o tutor**