



Lugar: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202

## **Carta Compromiso de Corresponsabilidad**

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

Grado: \_\_\_\_\_

Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre, padre de familia o tutor:

\_\_\_\_\_

Hago constar que realicé a mi hija(o) una revisión y aparentemente no presenta síntomas como: malestar general, tos seca, estornudos, dolor de cabeza, fiebre o dificultad para respirar. Además de que hemos realizado las medidas preventivas necesarias.

\_\_\_\_\_  
Firma de la madre, padre o tutor

