

## AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN JURADA DE APTITUD FÍSICA Y PSÍQUICA

DATOS DEL ALUMNO/A QUE REALIZA LA DECLARACIÓN:

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_

**DECLARO**, bajo promesa o juramento y bajo mi entera responsabilidad, que cuento con las condiciones psíquicas y físicas necesarias para la realización de pruebas y actividades educativas del Ciclo Formativo de Formación Profesional en el que me he matriculado en el CFP Río Duero, y que no padezco enfermedad infectocontagiosa, ni enfermedad mental u otra situación de salud temporal o crónica, que me sitúe en situación de riesgo o al resto del alumnado participante.

Que habida cuenta de que cumplo con dichas condiciones, declaro expresamente que eximo tanto a dicho Centro Río Duero como al profesorado que imparta el curso, de aquellos daños que pueda sufrir durante el desarrollo del curso derivados de la inexactitud de dicha declaración.

Que, asimismo, **DECLARO** haber sido informado por el CFP Río Duero de que, en el supuesto de que tenga dudas sobre si padezco alguna enfermedad y/o que cuente con las condiciones psico-físicas necesarias para la realización de pruebas y actividades que conlleven algún tipo de riesgo o exigencia que se realicen en el desarrollo de la formación que como alumno/a realice en el CFP Río Duero, es aconsejable que, con carácter previo a la realización de dichas actividades, me haga un reconocimiento médico que descarte la existencia de alguna enfermedad infecto contagiosa y/o de algún problema que me pudiera impedir la realización de dichas pruebas o actividades en las condiciones de seguridad debidas, tanto para mí mismo como para el resto de alumnos con los que interactúe, pudiendo aportar el certificado médico acreditativo de estos extremos si así lo deseo.

Que para garantizar el conocimiento y atención adecuada en las actividades que se realicen en el Ciclo de Formación Profesional como parte de las actividades curriculares, es obligatorio que, en caso de que exista alguna situación que pueda ponerme en riesgo, se informe por escrito a la Dirección del Centro Río Duero en un plazo máximo de 48 horas desde que se conozcan por el alumno. Desde el Centro Río Duero se garantizará la confidencialidad de la información que se pueda entregar (informe médico, psicológico, etc.).

Que asumo que, hasta los 28 años, tengo cubierta la atención sanitaria que pueda devenir de un accidente causado en las actividades escolares o complementarias en las que participe, mediante el Seguro Escolar obligatorio, pero que si soy mayor de 28 años debo contar con cobertura personal (SACyL y/o seguro privado) que me garantice atención sanitaria. Y que eximo al Centro Río Duero de la cobertura de accidentes, y es de mi responsabilidad contratar cualquier póliza de seguros, bien porque no contase con la atención sanitaria pública, o en caso de que quiera complementarla con mayores coberturas personales.

Para que conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente

Valladolid a \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_

Firma del alumno/a