

## TERMO DE RESPONSABILIDADE DA FAMÍLIA

### TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA RETORNO ÀS ATIVIDADES ESCOLARES

Reforço, recuperação e atividades presenciais opcionais, em conformidade com as atualizações do Plano São Paulo

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_ residente e domiciliado na Rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_ - SP, responsável legal pelo aluno(a): \_\_\_\_\_ Série/Ano: \_\_\_\_\_

( ) Declaro que o(a) aluno(a) supracitado(a) **NÃO RETORNARÁ** às aulas presenciais, e que estou ciente das obrigações do cumprimento das atividades, nas plataformas digitais e me comprometo com a realização destas atividades para que seja possível a sua adequada avaliação.

( ) Declaro que o(a) aluno(a) supracitado(a) **RETORNARÁ** às aulas presenciais, e que entendo os riscos decorrentes do retorno às atividades presenciais, principalmente em relação ao momento de enfrentamento e contingenciamento da pandemia de COVID-19, bem como afirmo que:

- Assumo a responsabilidade caso haja contágio pela COVID-19, tendo em vista que o vírus circula em todo o mundo e não somente na escola;
- Cumprirei todas as exigências de biossegurança estabelecidas pela escola;
- Caso o aluno apresente sintomas gripais ou semelhantes aos da COVID-19, ele será encaminhado para local de distanciamento onde aguardará seus responsáveis legais;
- O(a) aluno(a) não frequentará a escola todos os dias, mas participará de um revezamento a critério da Unidade Escolar;
- A escola funcionará em horários diferenciados;
- O(a) aluno(a) deverá comparecer às aulas usando os EPIs (equipamentos de proteção individual) que são compostos por: máscara facial obrigatória durante todo período que estiver na escola, higiene das mãos com água e sabão ou álcool em gel sempre que necessário;
- Realização das atividades a serem feitas em casa com entrega na data estabelecida pelos professores.

Declaro que:

- O(a) aluno(a) já testou positivo para COVID-19? ( ) SIM ( ) NÃO
- O(a) aluno(a) pertence ao grupo de risco? ( ) SIM ( ) NÃO
- O(a) aluno(a) possui os EPIs para frequentar as aulas? ( ) SIM ( ) NÃO

Declaro, ainda, que tomei ciência do Protocolo para Retorno às Atividades Escolares encaminhado pela Instituição de Ensino, e me responsabilizo em informar à direção da Escola sobre qualquer sintoma infeccioso respiratório que o(a) aluno(a) possa apresentar, bem como informar caso qualquer membro da família apresente teste positivo de COVID-19, comprometendo-me a não enviar o(a) aluno(a) à Escola durante esse período, sendo o retorno condicionado à melhora dos sintomas, e não antes de 14 dias, a contar do primeiro dia do surgimento dos sintomas e mediante a liberação médica, por meio de atestado médico.

Dados atualizados:

Responsável Legal: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Celular (Whatsapp): \_\_\_\_\_

e-mail para receber as atividades escolares: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL