

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ASSISTIR AS AULAS PRESENCIAIS E DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

_____, CPF _____ e _____,
CPF _____ pais e/ou responsáveis pelo aluno _____, informam que AUTORIZAM o retorno do
aluno sob sua responsabilidade a participar das aulas presenciais do Colégio La Salle Sobradinho e declaram que, pelo que sabem, o estudante:

- () teve Covid19, tendo já cumprido o prazo estabelecido para sua recuperação plena, atestado por médico responsável;.
() não teve COVID-19;

Declara, outrossim, que o aluno supra identificado

- não faz parte de grupo de risco;
- nas últimas duas semanas, não apresentou sintoma sugestivo de infecção pelo SARS-CoV-2,
- não teve ciência da infecção pelo vírus de pessoas com quem conviveu sob o mesmo teto ou com quem teve contato por mais de 15 minutos sem observar a distância mínima.

Caso apresente pelo menos um sinal de vírus, tenha proximidade com pessoa infectada, ou frequente alguma aglomeração sem proteção sanitária e distanciamento recomendáveis, não será levado à escola, que será imediatamente informada para orientações, planejamento de atividades letivas em casa, acompanhamento e futuro retorno.

Sobradinho/DF, _____ de _____ de 2021.

Assinatura do Pai e/ou Responsável

Telefone do Responsável para Contato: _____