**ESTADO DE SANTA CATARINA**

**MUNICIPIO DE SUL BRASIL**

**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO, CULTURA E ESPORTES**

**DEPARTAMENTO DA CULTURA: RESPONSÁVEL ROSIMARA**

**HENN**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE – RETORNO DAS AULAS CULTURAIS – 2021**

ALUNO(A): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PAIS OU RESPONSÁVEL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TERMO DE COMPROMISSO COM O PROTOCOLO DE SEGURANÇA COVID -19**

DECLARO estar ciente dos protocolos de segurança necessários à prevenção de contágio durante a pandemia da COVID-19. O aluno pelo qual sou responsável legal não apresentou nos últimos 14 (quatorze) dias nenhum dos sintomas de contágio, tais como febre e tosse, bem como não teve contato com as pessoas que tiverem diagnóstico de infecção pela COVID-19. Comprometo a comunicar caso quaisquer dos sintomas se manifestem e declaro estar ciente da necessidade de os alunos respeitarem todas as regras sanitárias estabelecidas no protocolo, dentre elas o uso de máscaras e a constante higienização das mãos.

**AUTORIZO ou NÃO a participação nas aulas presenciais:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Autorizo** | **Não autorizo** | **Assinatura dos pais ou responsável** |
|  |  |  |  |