

TERMO DE COMPROMISSO PARA O RETORNO ÀS AULAS PRESENCIAS

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____ e do CPF nº _____, me declaro responsável pela(o) aluna(o) _____, matriculada(o) na oficina de _____.

INFORMAÇÕES RELEVANTES		
A(O) aluna(o) pertence ao grupo de risco?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
A(O) aluna(o) reside com alguém do grupo de risco?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

CONSIDERANDO o retorno às atividades presenciais de fundamental importância para o desenvolvimento social, intelectual, artístico e emocional das alunas, dos alunos e da comunidade em geral;

CONSIDERANDO a liberação, pelas autoridades competentes, PARA O RETORNO DAS ATIVIDADES NOS CURSOS LIVRES, e, estando cientes acerca dos PROTOCOLOS para frequentá-las.

DECLARO, eu, responsável legal pela(o) aluna(o) citada(o) acima, ter ciência de todos os riscos causados pela pandemia COVID-19, das formas de contágio causadas pelo Coronavírus e do que está acontecendo a nível mundial, nacional, no Estado de Santa Catarina, bem como no Município de São Lourenço do oeste. **DECLARO** que estou ciente dos riscos que envolvem o retorno às aulas presenciais, e, ainda, me declaro ciente de todas as medidas e protocolos adotados pela Secretaria Municipal de Saúde e Vigilância Sanitária em relação ao retorno das atividades presenciais. E, por livre e espontânea vontade, ciência, concordância e responsabilidade:

DECLARO, que a(o) aluna(o) **NÃO FREQUENTARÁ**, neste momento, as aulas presenciais. E possuo atestado médico para justificar a garantia da vaga, comprovando os cuidados específicos e de cautela relacionados à morbidade atestada.

DECLARO que a(o) aluna(o) **FREQUENTARÁ** as aulas presenciais no **Instituto Cultural de São Lourenço do Oeste**, e, enquanto conhecedor da estrutura física apresentada para a realização das atividades das oficinas, estou ciente da rigorosidade nos cuidados de saúde exigida pela instituição, como uso de máscara, higienização das mãos, tanto durante a permanência quanto na entrada e saída do estabelecimento. Estou em acordo com os protocolos adotados para que as atividades presenciais sejam realizadas, os quais tratam de questões específicas para cada oficina e orientações gerais de higienização e distanciamento. Também declaro estar **CIENTE**:

- a) Do conteúdo do PROTOCOLO PARA RETORNO DAS ATIVIDADES NO ESPAÇO DO ICSL;
- b) De que em caso de contágio de alguém que resida com a(o) aluna(a), a(o) responsável se

compromete em comunicar ao ICSL e cumprir o tempo de afastamento determinado pela autoridade médica;

c) De que a(o) aluna(o) somente frequentará o atendimento presencial caso não tenha apresentado nos últimos 14 dias sintomas de contaminação, tais como febre e tosse;

d) De que a(o) aluna(o) somente frequentará o atendimento presencial caso não exista algum membro de sua família apresentando sintomas de contaminação, tais como febre e tosse;

e) De que a(o) aluna(o) não frequentará as atividades das oficinas se diagnosticada(o) com o Coronavírus;

f) De que a(o) aluna(o) não frequentará as atividades das oficinas se algum familiar estiver diagnosticada(a) com o Coronavírus;

g) Que a aluna(o) deverá permanecer nas dependências da instituição somente durante o tempo correspondente à sua oficina.

Estando ciente, assino o presente.

São Lourenço do Oeste, ____ de _____ de 202__.

Assinatura da(o) responsável