



TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM AULAS PRESENCIAIS / ENSINO REMOTO

Eu, _____, portador do
RG nº _____, e do CPF nº _____, responsável
pelo(a) aluno(a) _____, Turma
_____ período _____.

() **AUTORIZO** o(a) meu(minha) filho(a) a participar das aulas presenciais, estando devidamente informado(a) sobre as **MEDIDAS DE PREVENÇÃO E DE ENFRENTAMENTO À COVID-19, em guia disponibilizado virtualmente para as famílias**, e ciente das necessidades do cumprimento de todos os Protocolos do Colégio Murialdo.

Comprometo-me, ademais, a:

- Não permitir que o(a) aluno(a) frequente aulas presenciais caso apresente possíveis sintomas e/ou resida com pessoa suspeita ou com Covid-19 confirmada;
- Comunicar a Escola imediatamente caso o aluno seja diagnosticado positivo para a Covid-19
- Respeitar o horário de entrada e de saída da Escola.

IMPORTANTE

() Meu filho não apresenta comorbidades

() Meu filho apresenta comorbidades e, conforme atestado médico em anexo, pode retornar às aulas presenciais.

() **NÃO AUTORIZO** o(a) meu(minha) filho(a) a participar das aulas presenciais, e informo que o mesmo participará de forma remota das atividades escolares. Estou devidamente informado(a) sobre as necessidades do cumprimento de todas as exigências estabelecidas pela Colégio Murialdo para o estudo remoto:

- Auxiliar o aluno na execução das atividades
- Realizar com o aluno/ entregar as atividades de acordo com o proposto no planejamento do professor;
- Assistir a todas as aulas remotas, com câmera aberta

Declaro estar ciente que o vírus da Covid -19 circula em todos os lugares, **NÃO** cabendo a mim responsabilizar a Escola caso meu filho(a) venha contrair o vírus.

Observação: Somente após se justificar com ao Colégio poderá haver mudança na modalidade acima assinalada.

Porto Alegre, ____/____/2021.

Assinatura do responsável pelo(a) aluno(a)