

**TERMO DE COMPROMISSO COM AS MEDIDAS DE SEGURANÇA
DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

Eu _____, portador do CPF número _____,
responsável pelo estudante _____, matriculado no
_____ ano, Turma _____, da Instituição de Ensino _____,

DECLARO que:

estou ciente sobre as medidas de segurança necessárias durante a pandemia de Covid-19;

o estudante matriculado nesta instituição de ensino não apresentou, nos últimos 14 (quatorze) dias nenhum dos sintomas de contaminação, tais como febre e tosse, ou que teve o diagnóstico de infecção pelo Covid-19.

entrarei em contato com a instituição de ensino caso o estudante apresente quaisquer dos sintomas causados pela infecção do Covid-19.

o estudante está ciente de que necessita usar constantemente a máscara de tecido, assim como realizar a correta higienização das mãos por meio de lavagens com água e sabão e por uso do álcool em gel, bem como respeitar todas as medidas de segurança para o retorno das atividades extracurriculares, conforme orientação da instituição de ensino.

Data: ____/____/____

Assinatura do Responsável Assinatura do Estudante