**TERMO DE COMPROMISSO DO CUMPRIMENTO ÀS DIRETRIZES**

**ESTABELECIDAS NO PROTOCOLO DE SEGURANÇA/COVID-19**

**PARA RETORNO ÀS AULAS PRESENCIAIS**

**DOS ALUNOS PÚBLICO-ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do CPF n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ responsável pelo aluno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matriculado no \_\_\_\_\_ ano do ensino fundamental, turma \_\_\_\_\_\_\_, da Escola Municipal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**DECLARO** que:

( ) o aluno supracitado **NÃO RETORNARÁ** às aulas presenciais, todavia estou ciente da obrigação de que ele deverá cumprir com a realização das atividades curriculares domiciliares, com o que me comprometo, as quais serão disponibilizadas pela unidade escolar ao aluno, para que a aquisição de conhecimento e o rendimento não sejam prejudicados; ainda, tenho conhecimento de que, quando decidir pelo retorno presencial, deverei comunicar a pretensão à escola, assinar outro termo de compromisso e aguardar 10 dias para o efetivo retorno, ou seja, tempo hábil para a reorganização do escalonamento da turma.

( ) tenho ciência de que não haverá atendimento domiciliar, mas, sim, aulas não presenciais para quem não retornar às aulas presenciais.

( ) o aluno supramencionado **RETORNARÁ** às aulas presenciais, sendo assim, **farei cumprir os itens seguintes**:

a) O aluno não frequentará a unidade escolar todas as semanas, pois participará do escalonamento proposto pela unidade escolar, o qual dependerá do número de alunos da turma;

b) comunicarei à unidade escolar, caso o aluno ou pessoa com quem ele convive teve os seguintes sintomas: febre, coriza, dor de cabeça, dores no corpo, dificuldades de respiração ou qualquer outro sintoma de doença viral;

c) orientarei o aluno sobre a necessidade de usar, constantemente, o álcool em gel**,** realizar a correta higienização das mãos (lavar com água e sabão), respeitar as diretrizes constantes no protocolo de segurança de retorno às aulas presenciais durante a pandemia da covid-19;

d) o horário de entrada e de saída estabelecido pela unidade escolar;

e) quanto ao aluno que retornar às aulas presenciais, só poderá fazer uso das atividades integralmente não presenciais por problemas de saúde ou quando propostas pela unidade escolar.

( ) o aluno não pertence ao grupo de risco, conforme determinado pelas autoridades de saúde competentes e legislação pertinente, tal qual consta no anexo à Resolução SEMED n. 214/2020.

( ) tenho ciência de que o parágrafo 7o do art. 3o-A da Lei n. 14.019/2020 desobriga o uso de máscara, no entanto essa opção oferece alto risco de contaminação.

( ) autorizo o aluno frequentar, presencialmente, as aulas na unidade escolar, **sem o uso de máscara,** mesmo tendo ciência dos riscos que ele corre e do momento pandêmico pelo qual estamos passando.

( ) caso haja suspeita de o aluno estar com covid-19, com algum sintoma típico, tal qual tosse seca, dor de garganta, febre e/ou dificuldade para respirar, ou tenha confirmado estar contaminado, deverei comunicar, imediatamente, a direção da unidade escolar e as autoridades de saúde competentes, ciente de que o atendimento presencial será suspenso; todavia será ofertado o ensino não presencial, por meio de atividades curriculares domiciliares, até o final do período de quatorze dias, devido ao risco de contágio.

( ) DECLARO ter ciência de todas as informações apresentadas neste termo e me responsabilizo pelo cumprimento delas.

( ) confirmo que tenho ciência dos possíveis riscos referentes à covid-19, nas relações educacionais com os alunos em atividades presenciais.

**CAMPO GRANDE - MS, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE 2021.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ASSINATURA DOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS**