



Prefeitura do Município de Mandaguáçu

ESTADO DO PARANÁ

DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO E CULTURA

Rua Bernardino Bogo, 155 FONE/FAX (44) 3245-5588 /3245-5590

CNPJ 76.285.329/0001-08

E-mail: educamandagua@gmail.com



ORIENTAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Senhores pais/responsáveis

Para garantirmos à seriedade do Protocolo no cumprimento das normas de segurança, pedimos à colaboração das famílias para atentar às seguintes situações:

1. Fiquem atentos às datas da Avaliação Diagnóstica de seu filho (a). Lembrando que para a realização da atividade o Termo de Compromisso deverá ser assinado e entregue na escola.
2. **(Cronograma da escola)**;
3. É indispensável para o aluno (a):
 - Uso de máscara;
 - Material escolar individual (lápiz, borracha, lápis de cor, apontador...);
 - Garrafinha.
4. Fiquem atentos ao horário da Avaliação Diagnóstica de seu filho (a), ele permanecerá no estabelecimento das _____ às _____. O transporte do aluno (a) para essa atividade é de responsabilidade da família.
5. Em caso de contato com caso positivo ou suspeito de Covid-19, permanecer em casa;
6. Caso tenha viajado permanecer em casa;
7. Se o aluno (a) apresentar algum mal estar, mesmo não relacionado à Covid-19, também deverá permanecer em casa até identificação da enfermidade;
8. Se o aluno (a) ou familiar testar positivo a Escola deverá ser informado imediatamente.

Qualquer dúvida estamos à disposição.



Prefeitura do Município de Mandaguáçu

ESTADO DO PARANÁ

DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO E CULTURA

Rua Bernardino Bogo, 155 FONE/FAX (44) 3245-5588 /3245-5590

CNPJ 76.285.329/0001-08

E-mail: educamandagua@gmail.com



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

Eu, _____,
portador do CPF número _____, responsável pelo aluno
(a) _____,
matriculado no (a) _____ ano/série, Turma _____, nesta Instituição de
Ensino _____, DECLARO
que: • Estou ciente sobre as medidas de segurança necessárias durante a pandemia
de Covid-19; • Garanto que a criança que frequenta esta instituição não apresentou,
nos últimos 14 (quatorze) dias nenhum dos sintomas de contaminação, tais como
febre, tosse e demais sintomas associados ao Covid-19 ou que teve o diagnóstico de
infecção pelo Covid-19, • Entrarei em contato com a instituição caso a criança, cuidador
ou algum morador da mesma residência apresente quaisquer dos sintomas causados
pela infecção do Covid-19; • A criança e acompanhante 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 a realização da Avaliação
Diagnóstica, conforme orientação.

Mandaguáçu, _____ de 2021

Assinatura