

Prezado familiar/responsável,

Solicitamos o preenchimento desta ficha para triagem para caso suspeito, conforme orientação da Vigilância Sanitária.

**Nome Completo:**

---

**Nome do Aluno:**

---

**Marque abaixo as opções que você teve contato nos último 14 dias:**

- NÃO TIVE CONTATO
- Pessoa testada positivo para o COVID-19
- Pessoa com suspeita de COVID-19
- Pessoa que viajou

**Você viajou nos últimos 14 dias?**

- Sim
- Não

**Se nas últimas 24 horas você apresentou algum sintoma, marque abaixo:**

- NÃO TIVE SINTOMAS
- Febre
- Calafrios
- Falta de ar
- Tosse
- Dor de garganta
- Dor de cabeça
- Dor no corpo
- Perda de olfato e/ou paladar
- Diarreia (por motivo desconhecido)

DECLARO, sob pena prevista no **artigo 299 do Decreto-Lei nº. 2.848 de 07 de dezembro de 1940** (Código Penal Brasileiro), neste ato, que são inteiramente verdadeiras as informações ora fornecidas, destinadas ao melhor atendimento do(a) aluno(a).

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

---

Assinatura do responsável pelas informações