



**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO  
DIRETORIA DE ENSINO - REGIÃO DE CAPIVARI**

## **COMUNICADO**

Solicitado por: Equipe de Supervisão de Ensino

Autorizado: Dirigente Regional de Ensino

Transmitido: NIT

Comunicado: 375/2020

Data: 02/09/2020.

Assunto: Pesquisa sobre o retorno das atividades presenciais nas escolas via Secretaria Escolar Digital – SED e via U.E.

Prezados Diretores de Escola:

1. A SEDUC, através do COMUNICADO EXTERNO SUBSECRETARIA 2020-Nº 70 de 01 de setembro de 2020, informa que já está disponível na SED uma pesquisa sobre o retorno das atividades presenciais nas Escolas, com perguntas simples e objetivas, através de um questionário para as famílias e outro questionário para os professores.

O foco da pesquisa, fundamentada na Resolução SEDUC 61/2020, é identificar a necessidade de atendimento de cada Escola, que deverá se organizar para atender aos alunos interessados, de acordo com suas possibilidades.

Atenção: Não é necessária que se chegue a uma maioria que deseje ou não o retorno para definir a abertura da Escola, o objetivo da pesquisa é identificar qual a demanda dos que necessitam do atendimento para que a Escola possa, de acordo com sua realidade, atender.



Endereço: Rua Regente Feijó, 773 - Centro - Capivari/SP  
Telefone: (19) 3491-9200  
E-mail: decap@educacao.sp.gov.br

Nesse sentido, toda a comunidade escolar deve participar da consulta e orientada a responder ao questionário com a máxima exatidão.

2. Considerando a importância dessas informações ao Planejamento das Escolas, outras formas de consulta podem ser realizadas para atender às famílias que tenham dificuldades de preenchimento por meio eletrônico, via SED. Nessa situação, a Escola deverá manter o registro em documento para posterior envio à Diretoria de Ensino.

3. O resultado da pesquisa será atualizado na SED diariamente para acesso da Direção Escolar; contudo, caso haja necessidade, o Diretor poderá organizar outras formas de monitoramento.

4. Considerando que as informações do questionário são fundamentais para o Planejamento das Atividades Presenciais pelas Escolas e objetivando colaborar com o trabalho das equipes gestoras, segue uma sugestão de questionário elaborada a partir da contribuição de Supervisores de Ensino e Diretores de Escola:

### **Questionário de pesquisa para retorno das aulas presenciais**

A EE....., trabalhando com os protocolos de higienização ao combate a Covid-19 e verificando os procedimentos relacionados à retomada das aulas e atividades presenciais, de acordo com as normativas em especial o Plano São Paulo (disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/planosp/>) e a Resolução SEDUC nº61/2020, elaborou este questionário para que os pais e/ou responsáveis pelos estudantes respondam PREVIAMENTE ao possível retorno do aluno as aulas presenciais. Considerando a importância da parceria Família-Escola, solicita-se que o mesmo seja respondido até o dia..... de forma.....

1. Nome completo do(a) aluno(a):
2. Serie e turma do(a) aluno(a):
3. Nome completo do responsável pelo preenchimento:
4. Telefone do Responsável para contato: \_\_\_\_\_
5. O(a) aluno(a) possui algumas das seguintes doenças/comorbidades/síndromes?
  - ( ) Diabetes
  - ( ) Obesidade
  - ( ) Hipertensão
  - ( ) Doença renal
  - ( ) Cardiopatia
  - ( ) Doença neurológica
  - ( ) Doença respiratória crônica (asma, bronquite dentre outros)



Endereço: Rua Regente Feijó, 773 - Centro - Capivari/SP  
Telefone: (19) 3491-9200  
E-mail: decap@educacao.sp.gov.br

6. O(a) aluno(a) possui acesso aos equipamentos de tecnologia da informação ou a conexão de internet para a realização das atividades escolares não presenciais?
- ( ) Sim
- ( ) Não
7. Como o(a) aluno(a) tem desenvolvido as atividades das aulas não presenciais/remotas?
- ( ) Com autonomia (sozinho)
- ( ) Com auxílio de algum familiar
- ( ) Com o auxílio parcial (pouca ajuda)
- ( ) Com auxílio total (bastante ajuda)
8. Como o(a) aluno(a) tem realizado as atividades das aulas não presenciais/remotas?
- ( ) Diariamente
- ( ) Semanalmente
- ( ) Quinzenalmente
- ( ) Não realiza
9. O aluno(a) apresenta algum sinal de distúrbio emocional relacionado ao isolamento social?
- ( ) Sim
- ( ) Não
10. O(a) aluno(a) está com a caderneta de vacinação em dia?
- ( ) Sim
- ( ) Não
11. O(a) aluno(a) apresenta algum quadro de problema respiratório atualmente?
- ( ) Sim
- ( ) Não
12. O(a) aluno(a) faz uso de medicamento de uso contínuo?
- ( ) Sim
- ( ) Não
13. O(a) aluno(a) foi diagnosticado(a) com Covid-19?
- ( ) Sim
- ( ) Não



14. Se o(a) aluno(a) testou positivo para a Covid-19, em qual data isso ocorreu? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
15. Diante da atual situação (com a cidade estando a 28 dias consecutivos na fase III amarela) você mandaria seu filho(a) à escola para assistir as aulas presenciais?
- ( ) sim, a partir da abertura da escola
- ( ) sim, a partir do dia 07/10/2020
- ( ) não, até o final do ano letivo de 2020
16. Se você respondeu SIM na pergunta de nº 15, qual seria o meio de transporte a ser utilizado pelo aluno(a)?
- ( ) Ônibus
- ( ) Veículo próprio / carona
- ( ) A pé / Bicicleta
- ( ) Van
17. De acordo com a resposta anterior, se o (a) aluno(a) for retornar as aulas presenciais, ler, preencher e assinar o Termo de Responsabilidade e Consentimento Livre em Situação de Pandemia de Covid-19 abaixo:

#### TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONSENTIMENTO LIVRE EM SITUAÇÃO DE PANDEMIA DE COVID-19

Eu,..... portador do CPF....., responsável pelo estudante..... matriculado no.....ano, turma....., da EE....., afirmo estar ciente sobre os protocolos de segurança necessários durante a Pandemia de Covid-19, bem como afirmo ciência do estado de transmissão comunitária do Covid-19.

Declaro estar ciente que o estudante matriculado nesta Unidade Escolar não apresentou, nos últimos 14 (catorze) dias nenhum dos sintomas de contaminação, tais como: febre, tosse ou com diagnóstico de contaminação do Covid-19.

Declaro que entrarei em contato com a Unidade Escolar, caso o estudante apresente quaisquer dos sintomas causados pela contaminação do Covid-19.

Declaro estar ciente de que, caso o estudante seja contaminado com o Covid-19, todos os membros da família deverão ficar em isolamento.

Declaro que o estudante está ciente que ele precisa usar constantemente a máscara, assim como realizar a correta higienização das mãos por meio de lavagens com água e sabão e/ou pelo uso de álcool gel 70%.

Declaro estar ciente que poderá ter alteração dos dias e horários das aulas presenciais.



Endereço: Rua Regente Feijó, 773 - Centro - Capivari/SP  
Telefone: (19) 3491-9200  
E-mail: decap@educacao.sp.gov.br

Declaro estar ciente de que o estudante mesmo retornando ao modelo presencial necessita continuar a realizar as atividades remotas.

Cidade, ..... de setembro de 2020.

Assinatura do responsável:

Nome por extenso:

Responsável:  
Equipe de Supervisão de Ensino

De acordo:  
Edivilson Cardoso Rafaeta



Endereço: Rua Regente Feijó, 773 - Centro - Capivari/SP  
Telefone: (19) 3491-9200  
E-mail: decap@educacao.sp.gov.br