

ESCOLA MUNICIPAL DR. ORLANDO IMBASSAHY

PRÓ: ALESSANDRA VENAS

NOME: \_\_\_\_\_ 1º ANO \_\_\_\_\_

MARQUE SIM NAS AÇÕES QUE PREVINEM O CONTÁGIO DA COVID OU NÃO NAS AÇÕES QUE PÕEM EM RISCO A SAÚDE NAS SUAS RELAÇÕES NA ESCOLA E EM OUTROS ESPAÇOS DE VIVÊNCIAS:



SIM  
 NÃO



SIM  
 NÃO



SIM  
 NÃO



SIM  
 NÃO



SIM  
 NÃO



SIM  
 NÃO



SIM  
 NÃO



SIM  
 NÃO



SIM  
 NÃO



NÃO  
 SIM



SIM  
 NÃO