

# 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