



PORTUGUESE

Em 21 de agosto de 2017, a América do Norte terá o prazer de ver um eclipse solar. Isto significa que a Terra, o sol e a lua — todos os que orbitam no espaço em caminhos previsíveis — se alinharão. A lua vai passar entre o sol e a Terra, bloqueando a luz do sol. Assim, a lua vai fazer uma sombra sobre a Terra. Aqui em Cobb, vivenciaremos um eclipse quase total entre 14:35 e 14:40 que irá durar cerca de dois minutos. Este alinhamento do sol, lua e Terra marcará a primeira vez que esse fenômeno ocorreu de costa a costa em nosso país em quase 100 anos.

O Distrito Escolar do Condado de Cobb está planejando fazer nesse dia um evento educacional especial para nossos alunos organizando uma experiência de visualização segura e envolvente. Atividades instrucionais podem incluir a observação do eclipse usando óculos para eclipse solar, aprendendo com segurança de como observá-lo usando uma superfície reflexiva, assistindo o eclipse através de transmissão ao-vivo-na web e muito mais. Segurança é sempre uma prioridade, e tomaremos todas as medidas de precaução para fazer com que esta emocionante experiência seja segura e agradável.

Enquanto as escolas pretendem proporcionar uma oportunidade de uma experiência segura, educacional, entendemos que, alguns pais podem não desejar que seus filhos participem da observação ao vivo do eclipse.

Para que seu(ua) aluno(a) possa participar de uma exibição ao ar livre do eclipse solar, favor, assinar o formulário de permissão localizado no verso deste aviso e devolvê-lo ao professor até sexta-feira, dia 18 de agosto de 2017.

Os alunos que não devolverem este formulário assinado pelos pais/responsáveis irão participar de uma atividade alternativa dentro do prédio escolar durante o eclipse.

**PERMISSION TO PARTICIPATE IN
ON-CAMPUS SOLAR ECLIPSE VIEWING
PERMISSÃO PARA PARTICIPAR DA OBSERVAÇÃO
DO ECLIPSE SOLAR NA ESCOLA**

O Distrito tem um plano de indenização que pode ou não ser posto em prática em relação a atividade. Mesmo se o plano cobrir alguma ou toda a atividade, os montantes de cobertura podem não cobrir todas as lesões. Eu entendo que como pai tenho a opção de e estou sendo encorajado a, cobertura de comprar o seguro do estudante através do plano de seguro de acidente do mesmo oferecido pelo Distrito ou através de minha própria companhia de seguros.

Eu (**pai/responsável** FAVOR IMPRIMIR SEU NOME: _____) reconheço que a participação na atividade descrita acima não é obrigatória e que será fornecida uma experiência instrucional alternativa de qualidade para os alunos, optando por não participar.

Eu requisito que (FAVOR IMPRIMIR- **Nome do(a) Aluno(a)**: _____) (Estudante) autorizado(a) a participar na atividade descrita acima e especificamente o consentimento para sua participação.

Se quaisquer procedimentos médicos de emergência ou tratamento for necessário durante a atividade, eu consinto o(s) supervisor(es) da atividade, para transportar, providenciar ou consertar para os procedimentos, tratamento ao critério dele(s)(as).

Eu reconheço que os óculos para observação do eclipse solar será fornecido aos Estudantes, mas que o(a) Aluno(a) será responsável por usá-lo conforme as instruções.

Eu reconheço que o Estudante estará ao ar livre e exposto à luz solar por um período significativo de tempo para ver o eclipse, e que a exposição prolongada ao sol pode ser potencialmente perigosa.

Eu reconheço que, além dos óculos para observação do eclipse solar, o Distrito Escolar do Condado de Cobb (Distrito) não irá fornecer qualquer tipo de proteção do sol, e que o(a) Estudante é responsável por tomar as devidas precauções necessárias contra a exposição ao sol.

Eu concordo em liberar, indenizar, isentar ou reembolsar o Distrito e, seu Conselho de Educação, seus membros, funcionários, agentes ou diretores, representantes, sucessores ou procuradores, assim como os adultos aprovados como supervisores da atividade (“Indenizados do Distrito”), a partir e para sempre prometo não processar os mesmos em qualquer ou em todas reivindicações, intimações, direitos, ação judicial, obrigações, perdas, prejuízos, custos e despesas (incluindo honorários advocatícios razoáveis), quer conhecidos ou desconhecidos, que eu ou quaisquer outros pais ou responsáveis pelo(a) Estudante mencionado(a) acima, o aluno ou outro sucessor ou procurador possa vir a ter ou alegar contra as Compensações do Distrito ou que possa vir a trazer contra Compensações do Distrito resultando em qualquer forma relacionada com a participação do estudante na atividade, porém não limitando-se à execução de procedimentos médicos de emergência ou tratamentos.

NOTA: Este formulário deverá ser assinado pelo(a) Estudante, caso o(a) Estudante seja maior de 18 anos de idade.

assinatura dos pais/responsáveis

data