

AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO DO ENCERRAMENTO DAS NOITES ASTRONÔMICAS DO IFMG CAMPUS OURO BRANCO NA SERRA DE OURO BRANCO

Atividade

Atividade: Noites Astronômicas do IFMG na Serra de Ouro Branco

Responsáveis: Aloísio do Carmo Eloi

Data: 21 de setembro de 2018

Horários Previstos: 1. Saída: às 17h15 do campus Ouro Branco
 2. Retorno: às 22h15 para o campus Ouro Branco

Local: Serra de Ouro Branco

Dados Pessoais do participante menor de 18 anos

Nome: _____

RG: _____ CPF _____

Telef. Residencial: _____ Celular: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Está sob orientação médica atualmente? _____ Qual? _____

Você tem algum problema de saúde? _____ Qual? _____

Que medicamento costuma usar? _____

Têm algum tipo de alergia? _____ Qual? _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE DE MENOR

Eu, _____ (NOME DO RESPONSÁVEL), () Solteiro / () Casado, _____
(PROFISSÃO), portador da carteira de identidade nº _____, CPF nº _____, residente e
domiciliado na Rua _____ nº _____, Bairro _____,
_____ (MUNICÍPIO), _____ (ESTADO), e eu,
_____ (NOME DO RESPONSÁVEL), () Solteiro / () Casado,
_____ (PROFISSÃO), portador da Carteira de Identidade nº _____, CPF
nº _____, residente e domiciliado na Rua _____ nº _____,
Bairro _____, _____ (MUNICÍPIO), _____ (ESTADO), na condição de
representante (s)/responsável (responsáveis) legal (is) pelo(a) menor _____,
estudante, já identificado acima, autorizo/autorizamos o (a) menor a viajar desacompanhado(a), participando da
atividade acadêmica acima descrita, podendo, para isso, embarcar em transportes terrestres.

Ouro Branco, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do responsável legal pelo aluno menor