

**AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO DE ESTUDANTE
COM IDADE INFERIOR A 18 ANOS
EM ATIVIDADE EXTERNA REFERENTE A
PROJETO DE AÇÕES UNIVERSAIS**

Eu, _____,
RG _____, CPF _____,
responsável legal pelo(a) estudante _____

_____, regularmente
matriculado no campus São José dos Campos, do Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia de São Paulo, no curso _____,

AUTORIZO a sua participação no evento/atividade _____
_____, no município de
_____, estado _____.

A participação do aluno neste evento será acompanhada do professor
_____.

Informo que, em caso de emergência médica, poderei ser comunicado(a) pelo(s) telefone(s)
_____.

Informo, também, que:

O(a) estudante não é alérgico(a) a nenhum tipo de medicamento ().

O(a) estudante é alérgico(a) aos seguinte(s) medicamento(s): _____
_____.

O(a) estudante possui plano de saúde na empresa _____ e portará a
sua carteira do plano de saúde.

O(a) estudante não possui plano de saúde ().

São José dos Campos, _____ de _____ 2018.

Assinatura do(a) responsável
(anexar cópia do RG para conferência)