**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) da carteira de identidade RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) à (Rua/Av/Sítio/logradouro) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na qualidade de **responsável legal** do discente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, do Curso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba – IFPB, *Campus* Cajazeiras, **AUTORIZO** o referido aluno a participar de ação de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no *Campus*** **IFPB**, localizado na Rua José Antônio da Silva, 300, Jardim Oásis, Cajazeiras-PB, da supracitada instituição de ensino que ocorrerá no dia \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_, das \_\_\_h até às \_\_\_\_h.

Tendo sido devidamente orientado (a) sobre todos os riscos que essa atividade envolve, também acerca dos cuidados a serem observados. **DECLARO** estar ciente dos possíveis riscos inerentes às atividades a serem desenvolvidas, **ISENTANDO** o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia – IFPB, bem como os responsáveis por essa atividade, de qualquer responsabilidade, civil ou criminal. Adicionalmente, **DECLARO** ter sido informado de que a participação na atividade é de **caráter facultativo** e que os cuidados necessários relativos ao deslocamento do discente para o Campus e o seu retorno para a sua residência são de minha inteira responsabilidade. **DECLARO** estar consciente e devidamente orientado a respeito dos riscos de contaminação advindo da pandemia de Covid-19. **DECLARO**, ainda, que o discente sob minha responsabilidade não apresentou ou apresenta, nos últimos 14 dias, nenhum sintoma de contaminação, tais como febre, tosse, dor de garganta, coriza e falta de ar ou outros sintomas como dores musculares, cansaço ou fadiga, congestão nasal, perda do olfato ou paladar e diarreia. **POR FIM**, afirmo que caso haja contaminação dele (a) ou de algum membro de nosso grupo familiar informaremos à instituição imediatamente que o discente **NÃO** poderá comparecer ao evento preservando a sua saúde e a dos demais.

|  |
| --- |
| AUTORIZAÇÃO (Para estudante **MENOR DE IDADE**): Autorizamos a participação dele(a) na atividade presencial prevista.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura dos pais ou responsável legal  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Contato telefônico dos pais ou responsáveis pelo menor |