



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA  
**CAMPUS PRINCESA ISABEL**

**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO (RESPONSÁVEL POR ESTUDANTE MENOR)**

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, responsável pelo(a) estudante \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, matrícula nº \_\_\_\_\_, telefone contato atualizado \_\_\_\_\_ **declaro** estar ciente das orientações aos estudantes dispostas no Protocolo de Biossegurança do IFPB e da necessidade de observar as medidas de segurança adotadas pelo Campus Princesa Isabel no retorno gradual das atividades acadêmicas presenciais.

**Declaro** que o estudante completou o ciclo vacinal de imunização contra a COVID-19, já transcorridos mais de trinta dias desta completa imunização e considerando-se apto ao retorno às atividades presenciais, por isso manifesto meu consentimento para que participe das atividades escolares presenciais.

**Declaro**, por fim, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais, cíveis e administrativas previstas em Lei.

Princesa Isabel, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do discente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

**Atenção:** Anexar comprovante de vacinação.