



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO SUL DE MINAS GERAIS
CAMPUS MUZAMBINHO
Bairro Morro Preto – Caixa Postal 02 – Muzambinho/MG – CEP: 37890-000
Fone/Fax: (35) 3571-5051

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE SAÍDA

EU, _____,
portador(a) do CPF nº _____, na condição de
responsável legal do(a) estudante

_____,
registro acadêmico nº _____, devidamente
matriculado(a) no _____ ano/série/período do curso de
_____ deste Campus, **AUTORIZO**

EXPRESSAMENTE o(a) estudante supracitado a deixar as dependências da
Instituição após os horários regulares de aulas.

DECLARO, ainda, ter plena e integral ciência que:

No caso do(a) estudante deixar as dependências do Campus e retornar fora
do horário máximo previsto em regulamento, o(a) mesmo(a) terá seus dados
inseridos no cadastro de ocorrências comportamentais para fins de
acompanhamento ao educando residente.

O IFSULDEMINAS Campus Muzambinho não realiza nenhum tipo de controle,
monitoramento e/ ou acompanhamento dos(as) estudantes que se encontram
fora das dependências do Campus.

Ciente do acima, **DECLARO** então assumir **INTEGRAL
RESPONSABILIDADE** por quaisquer infortúnios, incidentes e/ ou acidentes
que porventura ocorram com o(a) estudante, durante o período em que estiver
fora do Campus.

Muzambinho, _____ de _____ de 20__.

Assinatura

Nome: _____

Responsável legal

**ATENÇÃO – RECONHECER FIRMA EM CARTÓRIO OU ASSINAR
PERANTE SERVIDOR(A) DA CGAE**