

**TERMO DE CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL LEGAL**

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_,  
responsável pelo(a) estudante \_\_\_\_\_,  
aprovado no processo seletivo, autorizo sua participação no curso de extensão intitulado \_\_\_\_\_, que  
será realizado pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo –  
Câmpus São Roque.

São Roque, \_\_\_\_\_ (dia), de \_\_\_\_\_ (mês), \_\_\_\_\_ (ano).

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável legal

Telefone Residencial do responsável: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telefone Celular do responsável (se houver): (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_