

ANEXO 2



Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
Diretoria Geral do Câmpus Suzano
Coordenadoria de Extensão

AUTORIZAÇÃO PARA VIAGEM DE MENOR DE IDADE

Eu, _____, portador da cédula de identidade RG nº _____ data de expedição _____ órgão expedidor _____, residente à _____ cidade _____ UF _____, responsável legal por _____, portador do RG nº _____, data de expedição _____, órgão expedidor _____, **AUTORIZO** o(a) menor identificado(a) a viajar acompanhado(a) pelo docente / servidor _____ do Instituto Federal de São Paulo – Câmpus São Paulo para _____ no período de _____.

São Paulo, _____ de _____ de 2025.

Responsável Legal

FICHA MÉDICA

1. Nome: _____
2. Nascimento: _____ 3. Altura: _____ 4. Peso: _____ 5. Tipo sanguíneo: _____
6. Tel. emergência 24horas: _____ 7. Já teve dengue? Quando? _____
8. Apresenta algum problema de saúde? Qual? _____
9. Passou por alguma cirurgia recentemente? Qual? _____
10. Tem alergias a medicamentos/substâncias (penicilina, sulfá, iodo, alimentos etc.)? _____
11. Toma algum remédio diariamente? Qual? A que horas? Por quê? Qual é a dosagem? _____
12. Faz atividade física regularmente? Qual e com que frequência? _____
13. Possui seguro/plano saúde? Se sim, informar empresa e número. _____
14. Observações: _____

Declaro que as informações prestadas acima são verdadeiras e assumo integral responsabilidade.

Responsável Legal