



AUTORIZAÇÃO COMPLEMENTAR SAÍDA DE ALUNOS MENORES – 2023

Eu, _____, RG _____,

Nº _____, telefone _____, responsável pelo aluno (menor)

_____, () autorizo () Não autorizo,
sua saída antecipada desta Unidade de Ensino, sem prévia consulta,
quando ocorrer:

1. Falta de professor, e/ou outros fatos que impeçam a realização das aulas.
2. Semana de Avaliações e reavaliações, antes do término de horários de aulas.
3. Eventos da Instituição (Semana de Ciéncia e Tecnologia, Semana de Letras, Palestras, Congressos)

Cubatão, ____ de _____ de 2023

Assinatura do Responsável



INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÉNCIA E TECNOLOGIA
SÃO PAULO
Campus Cubatão

Diretoria de Ensino
Diretoria Adjunta de Apoio ao Ensino
Coordenadoria de Registros Acadêmicos
Coordenadoria Sócio Pedagógica
Coordenadoria de Apoio ao Ensino

Obs. Válido somente se acompanhado pela cópia do Documento do Responsável