



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica  
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul  
Campus Alvorada  
Rua Prof. Darcy Ribeiro nº 121, Bairro Campos Verdes, Alvorada/RS - CEP 94834-413  
Telefone: 51 92840976 - www.ifrs.edu.br – E-mail: gabinete@alvorada.ifrs.edu.br

### ANEXO III

#### AUTORIZAÇÃO PARA A PARTICIPAÇÃO DE ESTUDANTES COM IDADE INFERIOR A 18 ANOS

Eu, \_\_\_\_\_  
RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_, responsável  
legal pelo estudante \_\_\_\_\_, regularmente  
matriculado no Instituto Federal do Rio Grande do Sul – Campus Alvorada no curso  
\_\_\_\_\_, autorizo sua  
participação em visita técnica  
\_\_\_\_\_ que se  
realizará no(s) dia(s) \_\_\_\_\_ no município de  
\_\_\_\_\_, acompanhado(a) do(a) servidor(a)  
\_\_\_\_\_, matrícula SIAPE  
\_\_\_\_\_. Informo que em caso de emergência médica, poderei ser  
comunicado(a) no(s) telefone(s): \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. ( )  
Esclareço que o mesmo não é alérgico a nenhum tipo de medicamento ou alimento. ( )  
) Esclareço que o mesmo é alérgico aos seguintes medicamentos e ou alimentos:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_. Esclareço ainda que o  
estudante acima denominado, ( ) possui Plano de Saúde Particular na empresa  
\_\_\_\_\_ e portará consigo a carteirinha do mesmo. ( ) não possui  
Plano de Saúde Particular.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do Responsável