

AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM CURSO DE EXTENSÃO

Eu, _____, RG _____,

CPF _____, responsável pelo(a)

estudante _____,

autorizo sua participação no curso de extensão _____,

que será realizado no _____º semestre de 20____, no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São

Paulo – Câmpus São Roque.

São Roque, _____ (dia) , de _____ (mês), 201____.

Assinatura do responsável legal

Telefone Residencial do responsável (____) _____ - _____

Telefone Celular do responsável* (____) _____ - _____

*se houver