



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS**  
**CAMPUS CONGONHAS**  
**DIREÇÃO GERAL**

Avenida Michael Pereira de Souza, nº 3007 – Bairro Campinho – Congonhas – Minas Gerais – CEP: 36.415-000  
(31) 3731-8133 – [gabinete.congonhas@ifmg.edu.br](mailto:gabinete.congonhas@ifmg.edu.br)

**FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE SAÍDA DO ESTUDANTE**

**(Para casos específicos)**

Na condição de responsável legal, eu \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
autorizo o/a aluno (a): \_\_\_\_\_,  
matriculado no \_\_\_\_\_ ano/módulo do Curso Técnico \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, a sair do Campus no horário de \_\_\_\_\_, pelo **motivo**: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

O/ A aluno/a irá:

( ) Sozinho ( ) Outros.

Caso a opção acima for “outros”, pedimos que nos informe os seguintes dados do acompanhante:

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

**Atenção:**

1. O estudante que não apresentar o Termo de Autorização de Saída preenchido e assinado, só poderá sair do *campus* com o responsável legal.
2. Autorizações por telefone ou e-mail não serão aceitas.
3. Este formulário deve ser preenchido **totalmente** pelo responsável legal.
4. Anexar cópia do documento do responsável junto a este formulário.
5. Se possível, ao estudante retornar à escola, gentileza entregar na Direção de Ensino a declaração de comparecimento do estudante à consulta médica, odontológica ou outros.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura por extenso do Responsável legal (De acordo com documento anexado, em cópia)**

Telefone (s) para contato: \_\_\_\_\_

Congonhas \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

-----  
**PROTOCOLO DE RECEBIMENTO (Autorização de Saída)**

Nome do/a aluno/a: \_\_\_\_\_

Curso/módulo/ano: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do/a servidor/a: \_\_\_\_\_

