



INSTITUTO
FEDERAL
Ceará

Autorização

Eu, _____, responsável
pelo aluno(a) _____,
matrícula: _____, idade _____ anos, do curso
_____, autorizo a sua participação nas COMPETIÇÕES
ESPORTIVAS do IFCE - Campus Canindé, na modalidade:
_____, nas datas: _____
nos horários de 12:00 às 13:45.

Recebi e li o regulamento e estou ciente que em caso de lesão ou emergência serei comunicado e deverei acompanhá-lo(a) à Unidade de saúde mais próxima do IFCE Campus Canindé. O transporte via SAMU será solicitado nas situações que se apresentem necessárias e as demais formas de transporte deverão ser realizadas pelo familiar ou responsável preferencialmente.

Assinatura do(a) responsável: _____

Telefone do responsável: _____