

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS

GABINETE DA DIREÇÃO - CAMPUS OURO PRETO

Rua Pandiá Calógeras, 898 – Bairro Bauxita- Ouro Preto – Minas Gerais- CEP: 35.400-000

(31)3559-2112- [gabinete.ouropreto@ifmg.edu.br](mailto:gabinete.ouropreto@ifmg.edu.br)

**ANEXO V**

**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – EDITAL 054/2017**

ALUNOS MENORES

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito do Programa “TÍTULO DO PROGRAMA DE EXTENSÃO”. Ficou claro que a participação do meu filho é isenta de despesas e que tenho garantia de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Concordo a autorizo meu filho a participar voluntariamente deste(a) “TÍTULO DO PROJETO, AÇÃO ou EVENTO” e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Assinatura do aluno

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Assinatura do pai ou mãe do aluno:

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

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG.

Fone: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) pesquisador(a)