

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, _____, brasileiro, portador do documento de identidade n°: _____, UF: _____, autorizo o estudante (a), _____, brasileiro, portador do documento de identidade n°: _____, UF: _____, por quem sou legalmente responsável, a freqüentar a **ESCOLA DE FÍSICA CONTEMPORÂNEA (EFC)**, prevista para o período de 18 a 24 de julho de 2010, nas dependências do Instituto de Física de São Carlos da USP, campus de São Carlos. Declaro ainda que, durante a permanência do estudante nas dependências do IFSC-USP, concordo em arcar com os custos de eventuais e conseqüentes necessidades de atendimento médicoodontológico-hospitalar que não forem cobertas pelo seguro saúde contratado pelo IFSC para a EFC.

Por ser verdade, firmo o presente **TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO**, para todos os fins de direito.

Local: _____ Data: _____

Nome do pai ou responsável: _____

(Assinatura do pai ou responsável)

Nome da mãe ou responsável: _____

(Assinatura da mãe ou responsável)

Nome do(a) estudante: _____

(Assinatura do estudante)