

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE RESPONSÁVEL LEGAL

Eu, _____, portador(a) da Cédula de Identidade RG/CIN nº _____ e inscrito(a) no CPF sob o nº _____, residente e domiciliado(a) na _____, declaro, para os devidos fins, que sou o(a) responsável legal pelo(a) menor _____ portador(a) do RG/CIN nº _____ e CPF nº _____

Por meio deste instrumento, **AUTORIZO** a participação e matrícula do(a) menor acima qualificado(a) no curso de **KRAV-MAGA ORIGINAL BUKAN - Arte Marcial de Defesa Pessoal**, ministrado pela instituição IFSP CAMPUS CARAGUATATUBA, localizado na Av.: Bahia, 1739, Indaiá - Caraguatatuba, **presencialmente**, durante o período **de 11 de agosto de 2026 a 22 de outubro de 2026**

Declaro, ainda, estar ciente das normas e do calendário do curso, assumindo total responsabilidade civil, moral e financeira durante a execução deste contrato educacional e as atividades relacionadas ao curso.

Telefone whatsapp do responsável: _____

Email do responsável: _____

Caraguatatuba _____ de _____ de 2026

Assinatura do Responsável
(sugerimos assinatura via GOV.BR)