



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA**  
**CONSELHO SUPERIOR**

Avenida João da Mata, nº 256 – Bairro Jaguaribe – João Pessoa – Paraíba – CEP: 58015-020  
Telefone: (83) 3612-9703 – E-mail: [conselhosuperior@ifpb.edu.br](mailto:conselhosuperior@ifpb.edu.br)

**ANEXO V – TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO/CIÊNCIA**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO/CIÊNCIA**

Eu, ....., aluno(a) do curso de ..... do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba (IFPB), *Campus* ....., Turma/Período:....., Matrícula: ....., comprometo-me a seguir as orientações da programação didático-pedagógica aqui proposta, bem como as demais determinações repassadas pelos SERVIDORES responsáveis pela atividade de ..... campo aqui descrita: ..... (descrever a atividade/evento) no período ..... na região de .....

Tendo sido devidamente orientado sobre todos os riscos que essa atividade de campo envolve, também acerca dos cuidados a serem observados, **DECLARO** estar ciente dos possíveis riscos inerentes às atividades a serem desenvolvidas, isentando o IFPB, bem como os responsáveis por essa atividade de campo, de qualquer responsabilidade, civil ou criminal. Quanto a atitudes de indisciplina, tenho ciência de que o Regulamento Disciplinar do IFPB vigora também em relação às viagens e atividades de campo.

**AUTORIZAÇÃO (para estudante MENOR DE IDADE)**

Autorizamos a participação dele(a) na Viagem/Atividade de Campo prevista.

Assinatura dos pais ou responsável legal acompanhada de cópia do RG e CPF (menor de idade)

Contato telefônico dos pais ou responsáveis pelo menor: \_\_\_\_\_



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA**  
**CONSELHO SUPERIOR**

Avenida João da Mata, nº 256 – Bairro Jaguaribe – João Pessoa – Paraíba – CEP: 58015-020  
Telefone: (83) 3612-9703 – E-mail: [conselhosuperior@ifpb.edu.br](mailto:conselhosuperior@ifpb.edu.br)

**TERMO DE CIÊNCIA (para estudante MAIOR DE IDADE)**

Estamos cientes da participação dele(a) na Viagem/Atividade de Campo prevista.

\_\_\_\_\_  
Assinatura de um familiar (maior de idade)

Contato telefônico do familiar do maior de idade:  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Cidade-UF, XX de XXXXX de XXXX.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) aluno(a) (maior ou menor de idade)

*Anexar a este documento cópias autenticadas do RG e CPF dos pais ou responsáveis do(a) estudante quando este(a) for menor de idade. Quando se tratar de viagens para fora do estado, as assinaturas dos pais e/ou responsáveis devem vir com reconhecimento de firma. Na opção Termo de Ciência, é necessário apenas o preenchimento dos dados e a assinatura de um familiar maior de idade.*