

REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO DE SAÍDA

ALUNO(A): _____

TURMA: _____ PERÍODO: _____

() ALUNO(A) SÓ DEVERÁ SAIR ACOMPANHADO

() ALUNO(A) PODERÁ SAIR SOZINHO

() ALUNO(A) PODERÁ SAIR SOZINHO SOMENTE NOS SEGUINTE DIAS DA SEMANA:

RESPONSÁVEIS AUTORIZADOS A RETIRAR ALUNO

NOME COMPLETO: _____

TELEFONE: _____ RG: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

NOME COMPLETO: _____

TELEFONE: _____ RG: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

NOME COMPLETO: _____

TELEFONE: _____ RG: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

O ALUNO QUE NÃO TIVER AUTORIZAÇÃO PARA SAIR SOZINHO DEVERÁ PERMANECER DENTRO DA ESCOLA AGUARDANDO SEUS PAIS/RESPONSÁVEIS, CASO TENHA QUE SAIR COM PESSOA NÃO AUTORIZADA ACIMA (PAIS DE AMIGOS, CONHECIDOS, ETC), A ESCOLA DEVERÁ SER INFORMADA COM ANTECEDÊNCIA **POR ESCRITO**. CASO CONTRÁRIO, O ALUNO NÃO SERÁ LIBERADO.

ASSINATURA DO RESP:: _____ DATA: ____/____/____

TELEFONES: _____