



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS CAMPUS SÃO JOÃO EVANGELISTA
COORDENADORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS
Avenida Primeiro de Junho, nº 1043 – Bairro Centro – São João Evangelista – Minas Gerais – CEP: 39.705-000
(33) 3412-2940/2948 – cgae.sje@ifmg.edu.br

TERMO DE COMPROMISSO – CIÊNCIA DE REGULAMENTO ESTUDANTIL E AUTORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL (somente para estudantes menores de idade)

Eu, _____, responsável pelo(a) estudante _____, Curso Técnico Integrado em () Agropecuária () Informática () Nutrição e Dietética () Agrimensura () Graduação, declaro aceitar e estar ciente das responsabilidades imputadas no Regulamento Disciplinar Discente <<https://www.sje.ifmg.edu.br/portal/images/artigos/ensino/regimento-disciplinar-discente.pdf>> e demais Regulamentos que regem o IFMG/SJE. Os documentos estão disponíveis no site do IFMG/SJE para consulta e **com a realização da matrícula assumimos o compromisso de acessá-los não alegando desconhecimento** de suas possíveis alterações.

Também declaro estar ciente e autorizo o IFMG-SJE a encaminhar o(a) estudante para unidades de saúde externas quando necessário. Ao tomar conhecimento de algum problema de saúde, sempre que necessário o IFMG/SJE entrará em contato com os responsáveis pelo(a) estudante e tomará as decisões cabíveis, porém, o **acompanhamento do tratamento de saúde é de inteira responsabilidade dos pais/responsáveis**.

Além disso, autorizo o(a) estudante a acessar os serviços de atendimento e orientação ao educando que a instituição disponibiliza (presenciais e/ou on-line): enfermagem, médicos, nutricionais, odontológicos, pedagógicos, psicológicos e do serviço social. Considerando que **o(a) aluno(a) tem autonomia para buscar ou recusar quaisquer tipos de intervenções desses serviços de forma individual**. Esta autorização tem a validade durante todo o período em que o estudante estiver regularmente matriculado, podendo ser revogada desde que comunicada por escrito pelo responsável.

() Sim, autorizo a busca individual do(a) estudante a serviços por toda equipe multiprofissional.

() Sim, autorizo a busca individual do(a) estudante de alguns desses serviços, EXCETO:

_____, _____ de _____ de _____.
(cidade) (dia) (mês) (ano)

Assinatura do responsável legal¹

Assinatura do(a) estudante

¹ Após imprimir, preencher e assinar o Termo, digitalizar (escanear) e enviar o documento através do formulário disponível na página de Matrículas ou pelo link: <https://forms.gle/62oKmQtqLqFXJDzi9>. O documento deverá estar legível.