****

**Termo de Consentimento para a Realização de Atividades Presenciais**

**no Campus Farroupilha – Aluno Menor de Idade**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do CPF número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsável pelo(a) estudante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matriculado(a) no curso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do Campus Farroupilha do IFRS, DECLARO de livre e espontânea vontade, que:

1. Autorizo o estudante a frequentar as dependências do Campus para a realização de atividades práticas presenciais, necessárias para a sua formação.
2. Estou ciente de todos os riscos inerentes à realização de atividades presenciais durante a pandemia, isentando o IFRS de quaisquer responsabilidades por fatos decorrentes da minha escolha.
3. Estou ciente sobre os protocolos de segurança necessários durante a pandemia da Covid-19.
4. O estudante matriculado nesta instituição de ensino não apresentou, nos últimos 14 (quatorze) dias nenhum dos sintomas de contaminação, tais como febre, tosse, ou que teve o diagnóstico de Covid-19.
5. Entrarei em contato com a instituição de ensino, caso o estudante apresente quaisquer dos sintomas causados pela infecção do Coronavírus SARS-CoV2.
6. O estudante está ciente de que necessita usar constantemente a máscara de proteção, assim como realizar a correta higienização das mãos por meio de lavagens com água e sabão e por uso do álcool em gel, bem como RESPEITAR TODAS AS DIRETRIZES previstas no Plano de Contingência para Prevenção, Monitoramento e Controle da Covid-19 do IFRS, disponível em <https://ifrs.edu.br/ifrs-lanca-o-plano-de-contingencia-para-prevencao-monitoramento-e-controle-da-covid-19/>

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Responsável Assinatura do(a) Estudante