



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS
CAMPUS AVANÇADO PONTE NOVA
DIRETORIA DE EXTENSÃO

Praça José Emiliano Dias, nº. 87, Bairro Centro, Ponte Nova, CEP 35430-037, Estado de Minas Gerais

ANEXO 3

TERMO DE RESPONSABILIDADE/NORMAS DISCIPLINARES PARA VISITAS TÉCNICAS

Senhores Responsáveis,

Informamos abaixo dados referentes ao evento programado para a turma em que seu filho(a) está matriculado(a). Recomendamos especial atenção aos dados da visita e solicitamos que o TERMO DE RESPONSABILIDADE/AUTORIZAÇÃO PARA VIAGEM, devidamente preenchido e assinado, retorne até a data estabelecida.

INSTITUIÇÃO: Universidade Federal de Ouro Preto	
DATA DA VISITA: 21/05/2016	LOCAL: <i>Campus</i> Morro do Cruzeiro
DESCRIÇÃO DO AMBIENTE: Salas de aulas do UFOP, <i>campus</i> Morro do Cruzeiro.	
INFORMAÇÕES DE EMBARQUE: Praça de Palmeiras e Campus IFMG – Ponte Nova, 21/05/16, 09h	
INFORMAÇÕES DE DESEMBARQUE: Praça de Palmeiras e Campus IFMG – Ponte Nova, 21/05/16, 19h30	
PROFESSOR(ES) RESPONSÁVEL(IS): Leonardo de Paiva Barbosa e Carlito Arlindo dos Santos Balbino	
OBJETIVO DA VISITA:	
ATIVIDADES QUE SERÃO REALIZADAS NO LOCAL:	
RECOMENDAÇÕES DE SEGURANÇA:	
ROUPA RECOMENDADA: Uniforme do IFMG	
ALIMENTAÇÃO: Cada aluno responsável pela alimentação.	
MEIO DE TRANSPORTE: Ônibus e Van	VALOR:
DATA LIMITE PARA AUTORIZAÇÃO:	

NORMAS

1. O aluno deverá portar documento de identificação;
2. Será de responsabilidade de o estudante levar roupa de cama e/ou banho e colchonete, conforme o caso;
3. Caberá ao estudante atender às solicitações e normas do local visitado;
4. Não tocar em máquinas e equipamentos nas áreas da empresa sem expressa autorização;
5. Zelar pela conservação e limpeza do ônibus e do local visitado;
6. Contribuir para a tranquilidade do motorista e/ou servidores envolvidos para a realização do seu trabalho;
7. Zelar pelo bom relacionamento entre os participantes da Visita Técnica;

8. O IFMG não se responsabilizará por objetos pessoais dos alunos (aparelhos celulares, máquinas fotográficas, etc);
9. Não será tolerado nenhum tipo de indisciplina durante a atividade;
10. O aluno não poderá separar-se do grupo durante a viagem para realizar atividades particulares sem expressa autorização;
11. Os horários estipulados de início e término das atividades deverão ser respeitados com rigor, inclusive os horários de saída e retorno do ônibus;
12. O aluno deverá comparecer a todas as atividades no horário pré-determinado. Se por algum motivo de força maior houver impedimentos de participação, deverá comunicar-se com o responsável o mais breve possível;
13. Aos alunos, é terminantemente proibido portar, ou fazer uso, de bebidas alcoólicas, entorpecentes ou quaisquer substâncias nocivas à saúde durante a visita;
14. O participante será responsável pela reposição ou pagamento de qualquer objeto quebrado, danificado, ou desaparecido do ônibus, estabelecimento hoteleiro ou local visitado;
15. Não será permitido ao aluno levar pessoas estranhas ao grupo;
16. A tomada de decisões que tenham que ser feitas diante de algum transtorno, será feita pelos servidores responsáveis;
17. O cumprimento das normas acima estipuladas será observado com rigor pelos responsáveis e pelo Coordenador do Curso. Em casos extremos ou reincidentes, nos quais as advertências verbais feitas não tenham sido acatadas, o aluno será advertido.

A viagem intitulada **Visita Técnica** tem como objetivo principal a complementação didático pedagógica de disciplinas teórico/práticas dos cursos do IFMG-Campus Avançado Ponte Nova e também facilitar a integração entre os alunos. Para garantir a integridade de todos e o máximo aproveitamento desta atividade, cada aluno e/ou seus responsáveis concordará (ão) em cumprir todas as regras propostas assinando o presente termo.

TERMO DE RESPONSABILIDADE/AUTORIZAÇÃO PARA VIAGEM

NOME DO ALUNO:		
TURMA:		
RG:	CPF:	TEL:
ENDEREÇO:		
Nº:	BAIRRO:	CIDADE:
ESTADO:		CEP:
ESTÁ SOB ORIENTAÇÃO MÉDICA ATUALMENTE?		QUAL?
VOCÊ TEM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE?		QUAL?
QUE MEDICAMENTO COSTUMA USAR?		
VOCÊ TEM ALGUM TIPO DE ALERGIA?		QUAL?

NOME DO RESPONSÁVEL:		
RG:	CPF:	TEL RES:
TEL:		
ENDEREÇO:		
Nº:	BAIRRO:	CIDADE:
ESTADO:		CEP:

OBS.: Descreva alguma informação complementar que queira informar:

DECLARO TER LIDO TODAS AS NORMAS E INFORMES COM ATENÇÃO, DAS PÁGINAS 1 E 2 DESTE DOCUMENTO, COMPROMETENDO-ME A RESPEITÁ-LAS.

_____, _____ de _____ de 20__

Cidade, Data.

Assinatura do aluno

Assinatura do responsável legal pelo aluno menor