

## **ANEXO II**

### **AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO(A) MENOR DE IDADE**

(Preencher em letra de forma, exceto assinatura)

Eu, \_\_\_\_\_, CPF nº. \_\_\_\_\_, responsável pelo(a) candidato(a) menor de idade \_\_\_\_\_, AUTORIZO-O(A) a participar do processo seletivo e, consequentemente, de curso de extensão promovido pelo Campus São João da Boa Vista do Instituto Federal de São Paulo (IFSP), conforme EDITAL Nº \_\_\_\_/2025 - DRG/SBV/IFSP, com inscrição disponibilizada através do endereço eletrônico <https://enquetes.ifsp.edu.br/436774?lang=pt-BR>. O processo seletivo se refere ao curso “Cidadania, Saúde da Mulher e Agroecologia Básica”, o qual será ofertado entre agosto a outubro de 2025 de forma gratuita pela referida instituição de ensino. No caso de alteração de datas, os responsáveis serão avisados.

Data da assinatura: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

Assinatura do(a) responsável:\_\_\_\_\_

OBS.: Senhor(a) responsável pelo(a) candidato(a), após DATAR e ASSINAR o presente documento, favor encaminhá-lo através do link de inscrição junto com os demais documentos. Para a inscrição do menor de idade, o envio deste documento é obrigatório. Após o preenchimento, o seu envio pode ser realizado no formato PDF ou imagem (foto simples de celular). Em caso de dúvidas, favor consultar a íntegra do edital disponibilizado no link:  
<https://www.sbv.ifsp.edu.br/cursos-de-extensao> .