

AUTORIZAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO – HACKATHON 6.0 CONNECT

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____ e CPF nº _____, residente e domiciliado(a) em _____, na qualidade de responsável legal do(a) menor:

Nome do(a) menor: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

CPF: _____

RG: _____

AUTORIZO a participação do(a) mesmo(a) no Hackathon 6.0 Connect – Inovação e Conexão, a realizar-se no dia 13 de setembro de 2025, no horário das 09h às 21h, no local:

IFSP São João da Boa Vista

Av Marginal 585 Fazenda Nossa Senhora Aparecida do Jaguari, São João da Boa Vista

Declaro estar ciente de que:

1. O evento terá duração de 12 horas ininterruptas de atividades relacionadas à tecnologia, inovação e desenvolvimento de soluções.
2. Haverá supervisão por parte da equipe organizadora, mas a responsabilidade civil e moral sobre o(a) menor permanece sob meu encargo.
3. Autorizo o uso de imagem e voz do(a) menor em fotos e/ou filmagens realizadas durante o evento, para fins de divulgação institucional do Hackathon e seus parceiros.
4. Estou ciente de que cabe a mim providenciar transporte de ida e volta do(a) menor até o local do evento.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente autorização.

São João da Boa Vista, ____ de _____ de 2025.

Assinatura do(a) Responsável

Nome completo: _____

Telefone de contato: _____