



## Autorização de saída

GI ao 9º ano (Educação Infantil e Ensino Fundamental)

Aluno (a) \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_\_ Série/Ano: \_\_\_\_\_

Nome do Responsável: \_\_\_\_\_

O (A) aluno (a) tem permissão de sair da Escola:

Sozinho (a)

Carona a Pé \_\_\_\_\_

Transporte escolar LEX  - MARIA APARECIDA  - OUTROS \_\_\_\_\_

| Acompanhado(a) por: |                             |  |
|---------------------|-----------------------------|--|
| Nome                | Parentesco ou outra relação | Dias   |
|                     |                             | Seg <input type="checkbox"/> Ter <input type="checkbox"/> Qua <input type="checkbox"/> Qui <input type="checkbox"/> Sex <input type="checkbox"/> |
|                     |                             | Seg <input type="checkbox"/> Ter <input type="checkbox"/> Qua <input type="checkbox"/> Qui <input type="checkbox"/> Sex <input type="checkbox"/> |
|                     |                             | Seg <input type="checkbox"/> Ter <input type="checkbox"/> Qua <input type="checkbox"/> Qui <input type="checkbox"/> Sex <input type="checkbox"/> |
|                     |                             | Seg <input type="checkbox"/> Ter <input type="checkbox"/> Qua <input type="checkbox"/> Qui <input type="checkbox"/> Sex <input type="checkbox"/> |
|                     |                             | Seg <input type="checkbox"/> Ter <input type="checkbox"/> Qua <input type="checkbox"/> Qui <input type="checkbox"/> Sex <input type="checkbox"/> |
|                     |                             | Seg <input type="checkbox"/> Ter <input type="checkbox"/> Qua <input type="checkbox"/> Qui <input type="checkbox"/> Sex <input type="checkbox"/> |
|                     |                             | Seg <input type="checkbox"/> Ter <input type="checkbox"/> Qua <input type="checkbox"/> Qui <input type="checkbox"/> Sex <input type="checkbox"/> |
|                     |                             | Seg <input type="checkbox"/> Ter <input type="checkbox"/> Qua <input type="checkbox"/> Qui <input type="checkbox"/> Sex <input type="checkbox"/> |

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável