

## ANEXO 1

### **CARTA DE CONFIRMAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO NA FINAL PRESENCIAL DA OLIMPIÁDA DE MATEMÁTICA DAS INSTITUIÇÕES FEDERAIS - OMIF 2024.**

Declaro que o/a estudante \_\_\_\_\_,  
orientado(a)s pelo professor/a \_\_\_\_\_, do  
campus \_\_\_\_\_ do IFCE, classificado/a para a Fase  
Final Presencial da Olimpíada de Matemática das Instituições Federais, confirma participação  
no evento, com apoio do Campus \_\_\_\_\_ do IFCE, que será realizado, nos dias  
24 a 26 de maio de 2024, no *Campus* Cuiabá - Bela Vista, do Instituto Federal de Mato  
Grosso.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) diretor(a) da escola

## ANEXO 2

### DADOS CADASTRAIS E INFORMAÇÕES MÉDICAS DO/A ESTUDANTE

Nome completo: José Alisson Dias da Costa

CPF: 114.928.543-52

RG: 2008649734-5

Sexo: Masculino

Endereço Completo: Sítio Soturno, Farias Brito - CE

Telefone Residencial: ( 88 99927-9641 )

Telefone Celular: ( 88 99845-7945 )

E-mail: costa.jose11@aluno.ifce.edu.br

Nome da escola: IFCE Campus Crato

Nome do Pai/Mãe ou Responsável Legal: Juliana Dias da Costa

Telefone Residencial: ( 88 99927-9641 )

Telefone Celular: ( 88 99927-9641 )

E-mail: julianajoao804@gmail.com

### INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE

Tem acompanhamento médico ou psicológico? Sim ( ) Não ( x )

Motivo:

Tem restrição a alguma atividade física? Sim ( ) Não ( x ) Qual?

Possui alguma alergia? Sim ( ) Não ( x ) Quais?

É alérgico a algum medicamento? Sim ( ) Não ( x ) Quais?

Faz uso contínuo de algum medicamento? Sim ( ) Não ( x )

Quais? Já fez alguma cirurgia? Sim ( ) Não ( x ) Quais?

Apresenta algum distúrbio? Sim ( ) Não ( x ) Qual?

Em caso de distúrbios, listar instruções, procedimentos, medicamentos e horários.

Tem todas as vacinas válidas? Sim ( x ) Não ( )

Observações:

Data: 30/04/2024

Assinatura do responsável:

*Juliana Dias da Costa*

### ANEXO 3

#### TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE VIAGEM E USO DE IMAGEM CRIANÇA E ADOLESCENTE

Neste ato, eu, Juliana Dias da Costa Brasileiro (a), casada (estado civil),  
Portador (a) da Cédula de Identidade/RG N° 2000034004786 - SSPDS (órgão expedidor),  
Inscrito (a) no CPF N° 937.036.003-49, residente e domiciliado na Avenida/Rua Sítio  
Soturno N°. 87 Bairro Monte Pio, Cidade Farias Brito, Estado Ceará; RESPONSÁVEL  
pelo(a) menor José Alisson Dias da Costa, Inscrito (a) no CPF N°. 114.928.543-52.

AUTORIZO o/a estudante acima identificado a viajar acompanhado de um/a servidor/a do  
Instituto Federal do Ceará - IFCE, à cidade de Cuiabá, no estado de Mato Grosso, para participar da  
Fase Final Presencial da Olimpíada de Matemática das Instituições Federais, que será  
realizada, nos dias 24 a 26 de maio de 2024, no *Campus* Cuiabá - Bela Vista, do Instituto  
Federal de Mato Grosso.

A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso de texto e imagem  
do/a menor acima identificado/a em todo território nacional e no exterior, sem que nada haja a  
ser reclamado a título de direitos conexos à imagem e texto ou a qualquer outro do(a) menor por mim  
representado neste ato.

Local/Data: Sítio Soturno, Farias Brito - CE, 30 de abril de 2024



(Assinatura)

### ANEXO 4

#### DADOS CADASTRAIS E INFORMAÇÕES MÉDICAS

**DADOS PESSOAIS DO PROFESSOR(A) ORIENTADOR(A):**

Nome completo:

CPF:

RG:

Sexo:

Endereço Completo:

Telefone Residencial: ( )

Telefone Celular: ( )

E-mail:

Nome da escola:

**INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE**

Tem acompanhamento médico ou psicológico? Sim ( ) Não ( )

Motivo:

Tem restrição a alguma atividade física? Sim ( ) Não ( ) Qual?

Possui alguma alergia? Sim ( ) Não ( ) Quais?

É alérgico a algum medicamento? Sim ( ) Não ( ) Quais?

Faz uso contínuo de algum medicamento? Sim ( ) Não ( )

Quais? Já fez alguma cirurgia? Sim ( ) Não ( ) Quais?

Apresenta algum distúrbio? Sim ( ) Não ( ) Qual?

Em caso de distúrbios, listar instruções, procedimentos, medicamentos e horários.

Tem todas as vacinas válidas? Sim ( ) Não ( )

Observações:

Data: /

Assinatura do responsável: