



## TERMO DE CIÊNCIA PARA PARTICIPAÇÃO EM CURSO DE EXTENSÃO

Eu, \_\_\_\_\_, portador do  
RG nº \_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_,  
responsável legal pelo(a) \_\_\_\_\_, declaro  
para os devidos fins estar ciente de sua matrícula no curso de extensão \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, bem como declaro ciência sobre o cronograma de  
atividades previsto para o curso.

Goiânia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

---

Assinatura do Responsável Legal