



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MUSEU DE CIÊNCIAS DA VIDA

Instituição: _____

Responsável: _____

Nº de Integrantes: _____ Nível de escolaridade: _____

Data: _____

	NOME DO INTEGRANTE	ASSINATURA
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MUSEU DE CIÊNCIAS DA VIDA

**TERMO DE RESPONSABILIDADE
VISITA À EXPOSIÇÃO MORADORES DA FLORESTA**

Através deste termo, o responsável pelo grupo visitante declara ter ciência das regras e condições referentes à visita à **EXPOSIÇÃO MORADORES DA FLORESTA**, e assume o compromisso de fazer observar as seguintes determinações, a saber:

1. Orientar seu grupo para não tocar ou manipular os objetos do acervo.
2. Providenciar e responsabilizar-se pelo transporte do seu grupo à exposição.
3. Não permitir o ingresso de visitantes ao à exposição portando bolsas, malas ou similares;
4. Responsabilizar-se pela segurança própria e dos membros do grupo que está acompanhando.
5. Não permitir o consumo de alimentos e/ou bebidas no interior da área expositiva.
6. Responsabilizar-se pelos danos materiais que eventualmente causar ou forem causados por seu grupo.
7. Não existe restrição de acesso por limite de idade, ficando inteiramente acargo do responsável e ou da instituição visitante, definir a faixa etária de seu grupo.
8. Como sugestão, aquele responsável que preferir conhecer esta exposição antes de trazer seu grupo, basta comparecer à exposição nos dias e horários de funcionamento.

Responsável pela visita: _____

Instituição: _____

Número de visitantes: _____

Nível de Escolaridade: _____

Data da visita: ____ / ____ / ____

Hora da visita: _____

Este documento deve ser entregue ao mediador que receberá o grupo antes do início da visita.

Assinatura do responsável: