



GESTÃO



INSTITUTO
LÉO MOURA

REALIZAÇÃO

MINISTÉRIO DO
ESPORTE



Núcleo: _____

(Município/Bairro)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DOS PAIS/RESPONSÁVEIS

Eu, _____ portador do CPF nº _____ e do RG nº _____, residente e domiciliado no endereço _____, na qualidade de pai/mãe/responsável do aluno _____ portador do CPF nº _____ e do RG nº _____, autorizo sua viagem e participação no _____, a ser realizado no dia _____ no local _____, com saída prevista às _____ e retorno previsto às _____.

_____, _____ de _____ de 20____.

Telefone do responsável _____

Assinatura do responsável _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DOS PAIS/RESPONSÁVEIS

Eu, _____ portador do CPF nº _____ e do RG nº _____, residente e domiciliado no endereço _____, na qualidade de pai/mãe/responsável do aluno _____ portador do CPF nº _____ e do RG nº _____, autorizo sua viagem e participação no _____, a ser realizado no dia _____ no local _____, com saída prevista às _____ e retorno previsto às _____.

_____, _____ de _____ de 20____.

Telefone do responsável _____

Assinatura do responsável _____