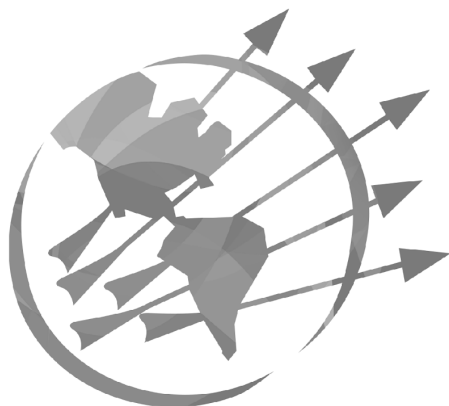




FLECHAS

PARA AS NAÇÕES

Semana Flechas

Autorização de Participante Menor

Eu, _____,
(nome)

RG número _____, CPF _____, nascido em ____/____/____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Tel. Res.: _____ Celular: _____ E-mail: _____

autorizo o menor abaixo descrito a participar da Semana Flechas promovida pelo Projeto Flechas Para as Nações nos dias ____ a ____ de _____ (mês) de _____ (ano) realizada em _____ (local).

DADOS PESSOAIS DO PARTICIPANTE:

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: _____ Nacional.: _____ Natural: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Tel. Res.: _____ Celular: _____ E-mail: _____

Identidade: _____ Data de Emissão: ____/____/____ CPF: _____

_____, ____/____/____
(cidade)

Assinatura: _____

Obs.: Anexar cópia do RG do responsável e do participante