**AUTORIZAÇÃO PARA MENORES DE IDADE**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador(a) da Cédula de Identidade R.G. nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, devidamente inscrito(a) no CPF/MF sob nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsável pelo(a) menor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nascido(a) em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ portador(a) da Cédula de Identidade RG nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ devidamente inscrito(a) no CPF/MF sob nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro, para os devidos fins, estar ciente de que ele(a) irá visitar a Unidade da Rede Novo Tempo de Comunicação, estabelecida na Rod. Gen. Euryale de Jesus Zerbine, 5876 - Jardim São Gabriel, Jacareí - SP, 12340-010 no dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ com a excursão promovida pela Instituição \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Autorizo, ainda, em caso de emergência, que o(a) menor seja atendido e medicado no Ambulatório Médico mais próximo do local. Acrescento ainda as seguintes informações para casos de emergência:

Convênio médico do menor:

O menor utiliza algum medicamento? ( ) não ( ) sim. Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O menor apresenta algum tipo de alergia? ( ) não ( ) sim. Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do responsável:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone para contato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*Atenção:** Esta autorização deve ser impressa, preenchida e entregue no dia da visitação.