



## AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL

Eu, \_\_\_\_\_ portador(a) da Cédula de Identidade R.G. nº \_\_\_\_\_, devidamente inscrito(a) no CPF sob nº \_\_\_\_\_, responsável pelo(a) menor \_\_\_\_\_ nascido(a) em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ portador(a) da Cédula de Identidade RG nº \_\_\_\_\_ devidamente inscrito(a) no CPF sob nº \_\_\_\_\_, declaro, para os devidos fins, estar ciente de que ele(a) irá visitar a 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura**

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

**TOURNT**

