



# APH-BR

BRAGANÇA PAULISTA – SP

CNPJ 23.107.497/0001-47

RUA 24 DE ABRIL N 65 – JULIO MESQUITA – CEP 12910-781

FONE 11 97223-3759

## TERMO DE RESPONSABILIDADE DO ALUNO MENOR DE IDADE

Eu \_\_\_\_\_,  
(nacionalidade) \_\_\_\_\_, (estado civil) \_\_\_\_\_, (profissão) \_\_\_\_\_,  
portador(a) da cédula de identidade RG n.º \_\_\_\_\_, SSP/\_\_\_\_\_,  
inscrito(a) no CPF/MF sob n.º \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) na  
\_\_\_\_\_ n.º \_\_\_\_\_,  
(cidade) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

DECLARO para os devidos efeitos legais, na qualidade de \_\_\_\_\_ (pai/mãe/representante legal), do(a) menor \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ anos de idade, portador da cédula de identidade RG n.º \_\_\_\_\_, que **AUTORIZO** a sua permanência e execução no evento \_\_\_\_\_, que se realiza nos dias \_\_\_\_\_, a partir das \_\_\_\_\_ horas do dia, com término às \_\_\_\_\_ horas do dia \_\_\_\_\_, acompanhado do maior responsável \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade RG n.º \_\_\_\_\_, que se responsabilizará, por quaisquer atos.

Eventual contato deverá ser feito pelos telefones:

- 1- NOME \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- 2- NOME \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

*Eu atesto que o nominado acima está apto a participar deste evento fisicamente e eu sou o responsável por meus atos. Após ter lido este Termo de Responsabilidade e Acordo de Implicação de Riscos e tendo compreendido seus termos, entendo que estou desistindo de direitos substanciais através de assinatura, a qual faço livre e voluntariamente, sem qualquer coerção.*

**Local e Data:**

\_\_\_\_\_

EM CASO DE EMERGENCIA		CONTATO
NOME:		
POSSUI PLANO DE SAUDE	S ( ) N ( )	QUAL: