

Caminhada pela Saúde (Outubro Rosa)

Laranja da Terra – ES

12 de Outubro de 2017

ANEXO II

AUTORIZAÇÃO PARA MENORES DE 16 ANOS

Eu, _____ (*responsável legal*),
nacionalidade _____, estado civil _____, portador
da Cédula de identidade RG nº. _____, inscrito no CPF/MF sob
nº _____, residente à Av/Rua
_____, nº. _____,
município de _____, **AUTORIZO** a participação do(a)
menor _____ (*nome do menor*),
nacionalidade _____, na **1ª Caminhada Pela Saúde – Outubro
Rosa**, em Laranja da Terra/ES.

Laranja da Terra, _____ de Outubro de 2017.

(*Assinatura do responsável legal*)

Nome do menor:

Por seu Responsável Legal:

Telefone p/ contato: