

**AUTORIZAÇÃO DE PAIS OU RESPONSÁVEIS EM CASO DE PARTICIPANTES MENOR DE 18(DEZOITO) ANOS.**

Eu, abaixo qualificado, na qualidade de \_\_\_\_\_ (Pai, Mãe ou Tutor) responsável legal do menor \_\_\_\_\_, carteira de identidade nº \_\_\_\_\_ - órgão expedidor \_\_\_\_\_ (ou registro civil nº \_\_\_\_\_), nascido(a) ao \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ do ano de \_\_\_\_\_, AUTORIZO a sua participação **no 5º TORNEIO NADANDO EM SAÚDE do IFCE-Campus Canindé**, a realizar-se na cidade de **Canindé/CE**, no dia **24 de Março de 2017**, organizada pela **turma 2016.1 do Curso de Licenciatura em Educação Física do IFCE-Campus Canindé**, sob a orientação da professora **Anne Emanuelle da Silva Pereira Nobre**, assumindo toda a responsabilidade pela presente autorização e participação do menor. Declaro, ainda, por meio do presente termo, estar ciente das atividades a serem desenvolvidas pelo menor, quais sejam:

---

---

Por ser verdade, firmo a presente autorização sob as penas da Lei e confirmo a veracidade das declarações.

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Endereço Completo:

---

---

Telefone (s) : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

---

**Assinatura do Responsável**