



## Autorização para Menor de Idade

### Sparring Day

#### AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL

Autorização para participação de menores de 18 anos no treino de Sparring do Projeto ABC do Esporte em parceria com a SEMEL

Eu, \_\_\_\_\_  
(nome completo do pai/mãe ou responsável legal), nacionalidade \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, órgão emissor \_\_\_\_\_, e inscrita(o) no CPF nº \_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_, residente e domiciliado (a) em \_\_\_\_\_ autorizo o(a) menor \_\_\_\_\_, portador do CPF n.º \_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_\_\_, com \_\_\_\_\_ anos de idade, conforme documento de identidade que porta, de quem sou \_\_\_\_\_ (relação de parentesco) a participar dos treinos de Sparring do Projeto ABC aos sábados 15h no Centro de Treinamento Thiago Vianna.

---

**Responsável**