



Autorização do professor

Sparring Day

Eu Professor _____ ,
posso a graduação _____ , portador do RG _____ ,
responsável pela equipe _____ ,
inscrita no CNPJ _____ , da cidade de _____
estado de _____ .

Autorizo meu aluno _____ ,
que possui a graduação _____ , portador do RG _____ ,
a participar dos treinos de Sparring do *Projeto ABC do Esporte*
em parceria com a *SEMEL* e o *Centro de Treinamento Thiago*
Vianna aos sábados às 15h.

O aluno ficará responsável por todos os equipamentos de
proteção que irá utilizar.

Em caso de menor de idade preencher os dados do
responsável:

Nome _____ ,
Rg _____ , Parentesco _____ .

(Nome e Assinatura)

Professor

(Nome e Assinatura)

Aluno ou Responsável