**AUTORIZAÇÃO DO(A) RESPONSÁVEL**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome completo do(a) responsável), nacionalidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e inscrito(a) no CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **AUTORIZO** o(a) criança \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome da criança), com \_\_\_\_\_\_ anos de idade, de quem sou \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (relação de parentesco):

- a participar do Espaço de Convivência do 64º CONAD do ANDES-SN, localizado no PIJ - Programa Infanto-Juvenil ASFUB/UnB, no período de 11 a 14 de julho de 2019;

**-** a utilizaro translado de ida e volta entre a sede da ADUnB e o PIJ, no período supracitado;

- a utilizar os espaços de lazer do Espaço de Convivência no período supracitado;

- a consumir a alimentação oferecida pelo Espaço de Convivência no período supracitado;

- a tomar banho no espaço;

- a ser fotografada e filmada para uso exclusivo do ANDES-SN, para socialização do evento.

Telefones de contato do(a) responsável legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (data da assinatura)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) responsável legal