



# projeto **FLECHAS** para as nações

## Semana Missionária Flechas

### Autorização de Participante Menor

EU, \_\_\_\_\_,  
(nome)

RG número \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Tel. Res.: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

autorizo o menor abaixo descrito a participar da Semana Missionária promovida pelo Projeto Flechas Para as Nações nos dias \_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (mês) de \_\_\_\_ (ano) realizada em \_\_\_\_\_ (local).

#### DADOS PESSOAIS DO PARTICIPANTE:

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

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Nacional.: \_\_\_\_\_ Natural: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Tel. Res.: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ Data de Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(cidade)

Assinatura: \_\_\_\_\_

Obs.: Anexar cópia do RG do responsável e do participante