

Autorizo meu filho(a) _____,
RG: _____ CPF: _____ Data de Nasc.: _____,
a participar do Super Férias no SESI de _____,
no dia/período de ____/____/____ a ____/____/____. Autorizo também a
utilização das imagens realizadas durante o evento para divulgação nos meios oficiais de
comunicação do SESI-SP.

Nome do responsável: _____

RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Informações do participante:

() Aluno Escola SESI () Aluno do PAF () Aluno de Dança do SESI

() Associado () Não Associado () Atend. Coletivo Empresa _____

Possui convênio médico: Qual? _____

É diabético? () não () sim

É alérgico a medicamentos? () não () sim. Qual? _____

É alérgico a alimentos? () não () sim. Qual? _____

Contatos em caso de emergência e autorizados a buscar o(s) participante(s):

Nome: _____ Parentesco: _____ Tel.: _____

Nome: _____ Parentesco: _____ Tel.: _____

Nome: _____ Parentesco: _____ Tel.: _____

Outras informações: _____

Matão, _____ de _____ de 201_____

Assinatura do responsável