

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ

Dados do (a) Aluno Visitante

Nome Completo:	
Endereço:	Bairro:
Cidade:	Telefone Residencial:
Data de Nascimento:	RG:
E-mail:	Celular:

Dados do (a) Responsável legal

Nome Completo:	
Endereço:	Bairro:
Cidade:	Telefone Residencial:
RG:	CPF/MF:
E-mail:	Celular:
Assinatura:	

DE ACORDO

Declaro estar ciente e de acordo com a íntegra deste Comunicado.

Assinatura do responsável pelo grupo:
