

AUTORIZAÇÃO PARA INGRESSO DE MENORES NO EVENTO EAPIC 2024

Nº _____

(não preencher o campo acima)

Nome: _____ estado civil: _____

profissão: _____ R.G: _____

CPF: _____ endereço: _____

_____ na qualidade de **PAI/ MÃE / TUTOR OU GUARDIÃO**, ciente de todos os termos da Portaria 01/2015 da Vara da Infância e Juventude da Comarca de São João da Boa Vista.

- Eu mesmo na qualidade de **PAI/ MÃE / TUTOR OU GUARDIÃO** serei o acompanhante do menor?

() SIM () NÃO

Caso seja preenchido NÃO, favor preencher os campos abaixo com os dados do **RESPONSÁVEL**:

EU AUTORIZO O RESPONSÁVEL MAIOR DE IDADE:

Nome: _____ R.G: _____ CPF: _____ e

endereço: _____ a

ACOMPANHAR O MENOR DE IDADE: (preencher abaixo os dados do menor de idade)

Nome: _____

R.G: _____ CPF: _____

endereço: _____

a ingressar e permanecer no evento EAPIC 2024, **EXCLUSIVAMENTE NA COMPANHIA DO RESPONSÁVEL AQUI INFORMADO.**

Declaro que estou ciente das responsabilidades administrativas, civis e penais do meu ato, bem como de todas as normas que regem o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Declaro, por fim, que o adolescente autorizado, permanecerá o tempo todo na companhia do **RESPONSÁVEL**, sendo fiscalizado, orientado e levado para casa, por ele, ao término do evento.

Tel. 1 para contato: (____) _____

Tel. 2 para contato: (____) _____

Meu e-mail é: _____

São João da Boa Vista, _____/ _____/ 2024

NOME E ASSINATURA DO PAI/MAE/TUTOR ou GUARDIÃO:

ASS: _____

NOME:

***Obs 1: É necessário imprimir e preencher 02 (duas) vias desse documento. Uma deverá ser entregue na portaria do evento, e a outra obrigatoriamente deverá permanecer com o menor para acessar o evento.**

***Obs 2: Crianças com 10 anos ou mais é necessário a compra do ingresso mesmo com a autorização. Menores de 10 anos de idade não pagam.**

***Obs3: A mesma autorização é válida para todos os dias de evento.**