



TERMO DE AUTORIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE

Eu, _____, abaixo assinado, nacionalidade, _____ estado civil, _____, portador(a) da cédula de identidade RG n.º _____ órgão emissor _____ e inscrito(a) no CPF/MF sob o n.º _____, residente e domiciliado(a) na (Av./Rua) _____, n.º _____, Bairro _____, na cidade de _____, Estado de _____, autorizo e assumo a inteira responsabilidade pela participação do(a) meu (minha) filho(a) ou tutelado(a), _____, menor de idade, nascido(a) em ____/____/____, a participar do programa de visita à Ypê, a ser realizado na empresa **Química Amparo Ltda.**, devidamente inscrita no CPNJ/MF sob o n.º 43.461.789/0001-90, localizada na Av. Waldyr Beira, 1000, Bairro Jd. Figueira, Amparo/SP, que acontecerá no dia ____/____/____, às ____h ____min. Declaro plena ciência de sua participação no Programa de visitas Institucional, com excursão promovida pela Instituição/Escola _____, e autorizo que, durante a visita, a Ypê capte imagens estáticas ou em movimento, que poderão, a uso exclusivo critério da Ypê ser utilizadas em seus canais de comunicação, exclusivamente em publicações relacionadas ao referido programa de visitas.

Autorizo, ainda, em caso de emergência, que o (a) menor seja atendido e medicado no Ambulatório Médico da Química Amparo Ltda. Acrescento ainda as seguintes informações para casos de emergência:

Possui convênio médico? Qual? _____

Medicamento que o menor utiliza: Sim () Não () Qual? _____

Algum problema de saúde: Sim () Não () Qual? _____

Alergia: Sim () Não () Qual? _____

Contraindicação a medicação: Sim () Não () Qual? _____

Portador (a) de necessidades especiais: Sim () Não () Qual? _____

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

_____/SP, ____ de _____ de 20__.

(assinatura por extenso)

Nome do responsável:

Telefone para contato:

Observações:

1) É imprescindível a entrega desse documento no dia da visita devidamente assinado pelo responsável do menor.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE – QUÍMICA AMPARO LTDA.

