

Campos preenchidos pelo participante maior de 18 anos:

Nome do participante: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
Fone Res.: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Nome do programa, evento e/ou Viagem: \_\_\_\_\_

Campos preenchidos pelos pais/responsáveis do participante menor de 18 anos:

Autorizo meu filho(a) \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_, idade \_\_\_\_\_ anos, a participar do(a): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, no dia/período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_ Nasc: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Nome do Mãe: \_\_\_\_\_ Nasc: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Fone Resid.: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Campos preenchidos no caso de esporte escolar ou outro programa que tais informações sejam importantes:

Modalidade Desenvolvida pelo aluno:  
1. \_\_\_\_\_ / 2. \_\_\_\_\_ / 3. \_\_\_\_\_

Informações do participante:

Possui convênio médico: ( ) não ( ) sim, qual: \_\_\_\_\_  
É diabético? \_\_\_\_\_  
É alérgico a medicamentos? \_\_\_\_\_  
É alérgico a alimentos? \_\_\_\_\_  
Contatos em caso de emergência:  
Nome: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Outras informações: \_\_\_\_\_

Campos preenchidos pelo SESI-SP:

Unidade Responsável: SESI \_\_\_\_\_  
Acompanhante (funcionário): \_\_\_\_\_  
RG nº \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura do participante ou do responsável pelo menor de 18 anos: \_\_\_\_\_