


 SECRETARIA MUNICIPAL DO TRABALHO,
 ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

 SERVIÇOS ASSISTENCIAIS DE PROTEÇÃO
 ESPECIAL À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

AUTORIZAÇÃO PARA A PRÁTICA ESPORTIVA

EU, _____, portador (a) do CPF nº _____, residente à _____, inscrito no Projeto SAPECA - **SERVIÇOS ASSISTENCIAIS DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE** de Conceição do Castelo -ES, matrícula nº _____, pelo presente termo:

- 1- Declaro que o menor supracitado não possui nenhum problema de saúde que o impossibilite de praticar esportes, bem como para outras atividades correlatas (caso o menor possua algum problema de saúde que necessite de atenção especial, ou que faça uso de algum medicamento, favor preencher a ficha 02 A);
- 2- Declaro estar ciente que, em caso de acidente de qualquer natureza, a Prefeitura Municipal de Conceição do Castelo – ES, estará disponibilizando o atendimento emergencial no local e que a continuidade do tratamento será feito pelo Sistema único de Saúde ou por minha inteira responsabilidade;
- 3- Declaro estar ciente que estarei recebendo um informativo sobre o horário em que o menor estará participando das atividades do Projeto o que é de minha inteira responsabilidade a sua locomoção até o mesmo e o seu retorno para casa
- 4- Declaro ainda, estar ciente e de pleno acordo com o Regulamento Interno do Projeto e
- 5- Autorizo ao menor supracitado, a participar das atividades a serem desenvolvidas pelo projeto SAPECA.

Conceição do Castelo- ES, _____ de _____ de 2013.

Assinatura do Pai, Mãe ou responsável

Endereço: Avenida Harvey Vargas Grilo, S/N - Centro - Conceição do Castelo – ES