|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COPA BRASIL DE VELA 2024 - Ilhabela - SP** | | | | | |
| ***AUTORIZAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO DE MENOR*** | | | | | |
|  | | | | | |
| Nome velejador: | ESTADO: | CIDADE: | | | CLASSE: |
| cpf do velejador: | RG VELEJADOR: | | | | |
|  | | | | | |
| NOME DO RESPONSÁVEL (PAI ou MÃE ) | CPF Responsável: | | | RG Responsável: | |
|  | | | | | |
| Eu autorizo meu filho(a) a participar da Copa Brasil de Vela de 2024, sediada na **Escola de Vela de Ilhabela Lars Grael**, na cidade de **Ilhabela/SP**, no período de **14 a 19 de outubro de 2024**, evento organizado pela CBVela e Prefeitura do Balneário de Ilhabela/SP e assumo toda a responsabilidade pela participação dele(a) no referido evento acima.  Em caso de necessidade de atendimento autorizo que meu(minha) filho(a) seja encaminhado para o local de atendimento médico conveniado mais próximo. | | | | | |
|  | | | | | |
| Assinatura Responsável: | | | Data: | | |