



Ficha de Matrícula ADAD

DADOS PESSOAIS			
Nome Completo do ADAD:			Data de Nascimento: ____/____/____
Idade: ____	Estuda? () Sim () Não	Série: ____	
Nº RG ou Certidão Nascimento: ____		Nº CPF: ____	
Nome do Pai:		Telefone dos Pais:	
Nome da Mãe:		E-mail:	
ENDEREÇO			
Rua, Avenida: _____ nº ____			
Complemento: ____	Bairro: ____	CEP: ____	Cidade e Estado: ____
IGREJA			
Denominação: ____	Congregação: ____	Batizado em águas: () Sim () Não	
Batismo Espírito Santo: () Sim () Não	Aluno EBD: () Sim () Não		
Desenvolve alguma atividade na Igreja? () Sim () Não			
Qual: _____			
AUTORIZO MEU FILHO, a participar do ADAD – Adolescentes que amam a Deus – a participar dos passeios e saídas da Congregação e comprometo-me a mantê-lo equipado com os materiais necessários para que ele possa desenvolver as atividades, bem como, contribuir com as taxas de manutenção (alimentos e estadia) e de levá-lo e buscá-lo quando for necessário. Autorizo a Gravação em vídeo, fotos da imagem e depoimentos da criança ou adolescente supracitado (a), bem como a veiculação de sua imagem e depoimentos em qualquer meio de comunicação do departamento ADAD, para fins didáticos e divulgação dos eventos que envolvam este departamento, e fica ainda autorizada de livre e espontânea vontade, para os mesmos fins, a cessão de direitos da veiculação das imagens e depoimentos do (a) menor supracitado (a), não recebendo para tanto qualquer tipo de remuneração.			
Estou ciente de que o departamento ADAD não se responsabiliza pelos materiais de uso pessoal de meu filho (a), sendo esses levados nas aulas, acampamentos, passeios ou, em qualquer outro evento, é de responsabilidade exclusiva do aluno (a) cuidar e verificar seus pertences pessoais.			

Farei parte do Núcleo _____ na Cidade de _____/____.

Ass: _____

Departamento do ADAD - Adolescentes que Amam a Deus

Sede: Praça Arnoldo Souza, s/nº, Centro, São José/SC CEP: 88103-970 - Caixa Postal:49

Fones: 0(xx)48 98479792 - 0(xx)48 84450670