



Autorização Oficial

Eu, _____ portador do RG nº _____
e CPF nº _____, autorizo meu filho (a) ADAD
_____ a participar do _____
no(s) dia(s) _____ na cidade de _____.

Estou ciente de que deverei levar meu filho(a) no dia _____ às _____ na igreja do Núcleo no qual ele está matriculado, pois o transporte sairá no local, dia e horário mencionados, e retornarão no dia _____ às _____ e deverei buscá-lo em frente a igreja do seu Núcleo aproximadamente às _____.

Assinatura dos Pais/Responsáveis pelo ADAD

Local

Data

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