



AUTORIZAÇÃO PARA MENORES DE IDADE

Eu afirmo ser pai (___), mãe (___) ou responsável legal (___) de,

_____ menor de 18 anos.

Como responsável eu autorizo a sua associação à DAN Brasil.

Eu li e concordo com todos os direitos e obrigações relacionados no Manual do Associado da DAN Brasil disponível no site www.danbrasil.org

- Informações do menor-

Nome completo: _____

Data de nascimento: _____

- Informações dos pais ou responsável -

Nome Completo: _____

RG: _____

CPF: _____

Grau de relacionamento: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Tel. fixo : _____ Celular: _____

E-mail: _____

DAN ID # (se possuir): _____

Assinatura do responsável: _____

Associação DAN Brasil

Av. Dr. José Bonifácio Coutinho Nogueira, 150 - térreo * Campinas SP * 13091-611

Tel. 19-3707-1569 * Fax. 19-3707-1599

www.danbrasil.org.br * info@danbrasil.org.br