

## AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_  
autorizo meu filho \_\_\_\_\_,  
nascido em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a participar da 1ª Avaliação Sub-17 do  
Caruaru City SC, a ser realizada nesta quinta-feira (29) no Estádio Vera Cruz.

Declaro que o mesmo se encontra em perfeito estado de saúde e que  
mantém avaliação médica atualizada, isentando assim o Caruaru City SC de  
responsabilidade sobre qualquer eventualidade que venha ocorrer devido à  
prática esportiva.

Caruaru, 29 de Setembro de 2016.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

CPF: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ - \_\_\_\_