

**A U T O R I Z A Ç Ã O P / E D U C A Ç Ã O F Í S I C A / 2 0 1 8**

RM nº \_\_\_\_\_

Eu, (pai ou mãe) \_\_\_\_\_ ,

portador do CPF nº \_\_\_\_\_ e RG nº \_\_\_\_\_ ,

residente à \_\_\_\_\_ , nº \_\_\_\_\_ ,

bairro \_\_\_\_\_ , na cidade de \_\_\_\_\_ ,

telefone nº \_\_\_\_\_ , celular mãe nº \_\_\_\_\_ , celular pai nº \_\_\_\_\_ ,

e-mail: \_\_\_\_\_ ,

autorizo meu/minha filho/a \_\_\_\_\_ ,

matriculado/a no \_\_\_\_\_ (classe), a frequentar as aulas de

Educação Física, visto que não apresenta nenhum problema de ordem médica.

Com esta autorização a Escola fica informada que seu/sua filho/a apresenta perfeitas

condições de saúde, estando apto/a a participar de todas as atividades programadas

pelo professor, contribuindo para um melhor desenvolvimento do/a aluno/a.

Holambra, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura

OBS.: Caso seu/sua filho/a apresente algum impedimento de ordem médica:

a) Enviar comprovante

b) Explique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_