

Artes Visuais Estudantis (AVE) 2017

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS PARA  
MENORES DE IDADE**

Eu, \_\_\_\_\_,  
identidade nº \_\_\_\_\_, responsável pelo (a) estudante menor de idade  
\_\_\_\_\_  
identidade nº \_\_\_\_\_, autorizo sua participação no projeto  
Artes Visuais Estudantis (AVE).

\* Cada estudante poderá ter apenas **UM** representante legal, sendo este, responsável pela assinatura de todos os seus documentos referente à sua participação no projeto.

\* Preencher com letra legível ou digitada.

(  ) Declaro conhecer e estar de acordo com as orientações do projeto Artes Visuais Estudantis (AVE).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
Assinatura dos pais ou responsável  
(Favor anexar cópia do RG do responsável legal)