

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO DE MENOR NO RETIRO DE CURA DA
COMUNIDADE CATÓLICA DOM DE DEUS**

Eu, _____, portador (a) do Documento de Identidade nº: _____, inscrito (a) no CPF sob o nº: _____, telefone: _____, autorizo meu (minha) filho (a), _____, nascido (a) em ___/___/_____ e residente à Rua _____, nº _____, Bairro _____, da cidade de _____/_____ a participar do Retiro de Cura que será realizado entre os dias 13 e 14 de Abril de 2025 na Sede da Comunidade Católica dom de Deus, localizada à Rua Eliane Dias Guedes - Quadra 03, - São Miguel, Itaboraí/RJ. CEP: 24861-000.

Declaro ter ciência de que o (a) meu (minha) filha (a) poderá ser alojado durante os dias do evento nas dependências da Comunidade Católica dom de Deus. Contudo, por ser um retiro aberto, isto, é de livre entrada e saída dos participantes, declaro também que o(a) meu (minha) filho (a) será acompanhado (a) durante os dias do sobredito retiro por _____, portador (a) do RG sob o n.º : _____, CPF: _____, telefone de contato: _____, nascido (a) em ___/___/_____ e residente à Rua _____, nº _____, Bairro _____, da cidade de _____/_____.

_____, _____ de _____ de 2025.

ASSINATURA DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS