



ABRASCE - Associação Brasileira de Apoio a Saúde, a Cultura e a Educação.
CNPJ: 09.428.862/0001-94
Rua Frei Caneca ° 1.407, Consolação.
São Paulo/SP CEP: 01.307.003

PROJETO PAIÊ

TERMO DE FOMENTO Nº 16/2018

FORMULÁRIO DE MATRÍCULA DO ALUNO

MODALIDADE: _____

NÚCLEO: _____

LOCAL: _____ TURMA: _____

DADOS DO ALUNO

NOME: _____ IDADE: _____ anos

CONTATO: () _____ () _____

DATA / HORÁRIO DAS AULAS: _____

Nome do Instrutor

Assinatura do Aluno

PROJETO PAIÊ

TERMO DE FOMENTO Nº 16/2018

COMPROVANTE DE MATRÍCULA - Inscrição nº _____

O aluno (a) _____ está matriculado na
modalidade _____ e terá início no dia ____ / ____ / 2019
e tendo continuidade das atividades às _____

Assinatura do Instrutor

____ / ____ / 2019
Data da Matrícula

ABRASCE - Associação Brasileira de Apoio a Saúde, a Cultura e a Educação.
CNPJ: 09.428.862/0001-94
Rua Frei Caneca ° 1.407, Consolação.
São Paulo/SP
CEP: 01.307.003



ABRASCE - Associação Brasileira de Apoio à Saúde, à Cultura e à Educação.
CNPJ: 09.428.862/0001-94
Rua Frei Caneca nº 1.407, Consolação.
São Paulo/SP CEP: 01.307.003

PROJETO PAIÊ

TERMO DE FOMENTO Nº 16/2018

FICHA DE CADASTRO DO ALUNO

DADOS PESSOAIS BÁSICOS

Nome do aluno: _____

Nome Social: _____

Período que frequenta a escola: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: ____ anos Sexo: Masc. () Fem. () Camiseta: Tamanho (_____)

RG: _____ CPF: _____

Nome do responsável: _____

RG do responsável: _____ Grau de parentesco: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Casa Branca SP CEP: 13.700-000

Tel: () _____ Cel: () _____

Possui algum problema de saúde? Não () Sim () Qual? _____

Faz uso de algum medicamento? Não () Sim () Qual? _____

Tem alguma alergia? Não () Sim () Qual? _____

DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL

(Em caso de menores de 18 anos e/ou pessoas com deficiência)

Eu, _____, portador (a) do RG nº _____, inscrito (a) no CPF/MF nº _____, autorizo o (a) aluno (a) a participar das atividades relacionadas ao Projeto "PAIÊ", tendo ciência da importância de frequência regular do aluno nas atividades.

Assinatura do responsável legal

_____/_____/_____
Data do cadastro

ABRASCE - Associação Brasileira de Apoio à Saúde, à Cultura e à Educação.
CNPJ: 09.428.862/0001-94
Rua Frei Caneca nº 1.407, Consolação.
São Paulo/SP
CEP: 01.307.003



ABRASCE - Associação Brasileira de Apoio a Saúde, a Cultura e a Educação.

PROJETO PAIÊ

TERMO DE FOMENTO Nº 16/2018 TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE NOME, IMAGEM E VOZ

Eu, _____, nacionalidade _____, estado civil _____, portador(a) do RG nº. _____, inscrito(a) no CPF sob nº _____, residente à Av/Rua _____, nº. _____, Complemento ____, Bairro _____, Município de Casa Branca/SP, responsável legal pelo (a) _____, nascido em ____/____/____,

AUTORIZO em nome do(a) menor a qual sou responsável, o uso do nome, imagem e voz, em qualquer material de divulgação produzido pela Abrasce – associação Brasileira de Apoio a Saúde, a Cultura e a Educação, como fotos, vídeos e documentos, campanhas promocionais e institucionais da entidade. **A presente autorização é concedida a título gratuito**, com prazo indeterminado, com validade em todo o território nacional e no exterior, nas seguintes formas: outdoor; busdoor; folhetos em geral (encartes, mala direta, catálogo etc.); folder de apresentação; anúncios/reportagens em revistas e jornais em geral; homepage; cartazes; back-light; e mídia eletrônica (painéis, videotapes, televisão, cinema, programa para rádio, internet, entre outras). Fica ainda **autorizada**, de livre e espontânea vontade, para os mesmos fins, a cessão de direitos da veiculação do meu nome, da minha imagem e voz, não recebendo para tanto qualquer tipo de remuneração. **Por esta ser a expressão da minha vontade, declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos ao meu nome, à minha imagem, à minha voz ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em duas vias de igual teor e forma.**

Casa Branca, ____ de _____ de 2019.

(assinatura do responsável legal)

Telefone p/ contato: () _____