



## TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_ autorizo meu/minha filho(a) a participar do Projeto Social de formação de atletas em Levantamento de Peso da Federação de Levantamento de Peso do Ceará com os horários e dias que forem designados à sua turma.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_