



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: _____