



Coexiste
CURSOS, TREINAMENTOS
E RELACIONAMENTOS

FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO

Eu _____, portador (a) da carteira de identidade
número _____, órgão emissor _____, com data de
expedição em ___/___/___, responsável legal pelo menor

portador da carteira de identidade número _____, órgão

emissor _____, com data de expedição em ___/___/___, autorizo-o (a) a

assistir à aula do Curso A Verdade Presencial, oferecida pela Coexiste Cursos e

Treinamentos em ___/___/_____, das 20h às 23h30, na sede da Coexiste, no Alto da

Lapa, São Paulo (SP).

_____, _____ de _____ de 20__.
(assinatura do responsável legal)