**AUTORIZAÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS PARA INSCRIÇÃO**

**DE MENORES DE 18 ANOS**

Autorizo a participação de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome do autor) no **III CONCURSO LITERÁRIO VITA ALERE - “MEMÓRIA VIVA: HISTÓRIAS DE SOBREVIVENTES DO SUICÍDIO”**

Nome dos pais ou responsáveis legais:

Documentos dos pais ou responsáveis legais:

CPF:

IDENTIDADE:

Endereço completo:

Telefone:

e-mail:

Assinatura e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_