

ANEXO I

TERMO DE RESPONSABILIDADE – ACOMPANHAMENTO DE MENORES EM ATIVIDADES NO CAMPO/TERRITÓRIO ECOMUSEU DR. AGOBAR FAGUNDES - EDAF

Nome completo: _____ Data Nasc.: ____/____/____

Nacionalidade: _____ Nascido em: _____ Estado Civil: _____

Doc. Ident.: _____ Órgão Emissor: _____ Tipo Sangüíneo: _____

CPF / Passaporte nº: _____ Profissão: _____

Endereço: _____ nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____ País: _____

Tel. Res.: () _____ Com.: () _____ Cel.: () _____

E-mail: _____ Site: _____

Pessoa para contato em caso de emergência:

Nome: _____ Cidade: _____

Estado: _____ País: _____ Telefones: () _____ / _____

Estou RESPONSÁVEL pelos(as) menores abaixo identificados(as):

Nome completo: _____ Data Nasc.: ____/____/____

Idade: _____ Nascido em: _____ CPF/Passaporte nº: _____

Doc. Ident.: _____ Órgão Emissor: _____ Tipo Sangüíneo: _____

Nome completo da Mãe: _____ RG/CPF: _____

Nome Completo do Pai: _____ RG/CPF: _____

Endereço: _____ nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____ País: _____

Tel. Res.: () _____ Com.: () _____ Cel.: () _____

Pessoa para contato em caso de emergência:

Nome: _____ Cidade: _____

Estado: _____ País: _____ Telefones: () _____ / _____

Nome completo: _____ Data Nasc.: ____/____/____

Idade: _____ Nascido em: _____ CPF/Passaporte nº: _____

Doc. Ident.: _____ Órgão Emissor: _____ Tipo Sangüíneo: _____

Nome completo da Mãe: _____ RG/CPF: _____

Nome Completo do Pai: _____ RG/CPF: _____

Endereço: _____ nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____ País: _____

Tel. Res.: () _____ Com.: () _____ Cel.: () _____

Pessoa para contato em caso de emergência:

Nome: _____ Cidade: _____

Estado: _____ País: _____ Telefones: () _____ / _____

Nome completo: _____ Data Nasc.: ____/____/____
Idade: _____ Nascido em: _____ CPF/Passaporte nº: _____
Doc. Ident.: _____ Órgão Emissor: _____ Tipo Sangüíneo: _____
Nome completo da Mãe: _____ RG/CPF: _____
Nome Completo do Pai: _____ RG/CPF: _____
Endereço: _____ nº _____
Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ Estado: _____ País: _____
Tel. Res.: () _____ Com.: () _____ Cel.: () _____

Pessoa para contato em caso de emergência:

Nome: _____ Cidade: _____
Estado: _____ País: _____ Telefones: () _____ / _____

Nome completo: _____ Data Nasc.: ____/____/____
Idade: _____ Nascido em: _____ CPF/Passaporte nº: _____
Doc. Ident.: _____ Órgão Emissor: _____ Tipo Sangüíneo: _____
Nome completo da Mãe: _____ RG/CPF: _____
Nome Completo do Pai: _____ RG/CPF: _____
Endereço: _____ nº _____
Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ Estado: _____ País: _____
Tel. Res.: () _____ Com.: () _____ Cel.: () _____

Pessoa para contato em caso de emergência:

Nome: _____ Cidade: _____
Estado: _____ País: _____ Telefones: () _____ / _____

Nome completo: _____ Data Nasc.: ____/____/____
Idade: _____ Nascido em: _____ CPF/Passaporte nº: _____
Doc. Ident.: _____ Órgão Emissor: _____ Tipo Sangüíneo: _____
Nome completo da Mãe: _____ RG/CPF: _____
Nome Completo do Pai: _____ RG/CPF: _____
Endereço: _____ nº _____
Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ Estado: _____ País: _____
Tel. Res.: () _____ Com.: () _____ Cel.: () _____

Pessoa para contato em caso de emergência:

Nome: _____ Cidade: _____
Estado: _____ País: _____ Telefones: () _____ / _____

Nome completo: _____ Data Nasc.: ____/____/____
Idade: _____ Nascido em: _____ CPF/Passaporte nº: _____
Doc. Ident.: _____ Órgão Emissor: _____ Tipo Sangüíneo: _____
Nome completo da Mãe: _____ RG/CPF: _____
Nome Completo do Pai: _____ RG/CPF: _____
Endereço: _____ nº _____
Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ Estado: _____ País: _____
Tel. Res.: () _____ Com.: () _____ Cel.: () _____

Pessoa para contato em caso de emergência:

Nome: _____ Cidade: _____
Estado: _____ País: _____ Telefones: () _____ / _____



Nome completo: _____ Data Nasc.: ____/____/____
Idade: _____ Nascido em: _____ CPF/Passaporte nº: _____
Doc. Ident.: _____ Órgão Emissor: _____ Tipo Sangüíneo: _____
Nome completo da Mãe: _____ RG/CPF: _____
Nome Completo do Pai: _____ RG/CPF: _____
Endereço: _____ nº _____
Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ Estado: _____ País: _____
Tel. Res.: () _____ Com.: () _____ Cel.: () _____

Pessoa para contato em caso de emergência:

Nome: _____ Cidade: _____
Estado: _____ País: _____ Telefones: () _____ / _____

Nome completo: _____ Data Nasc.: ____/____/____
Idade: _____ Nascido em: _____ CPF/Passaporte nº: _____
Doc. Ident.: _____ Órgão Emissor: _____ Tipo Sangüíneo: _____
Nome completo da Mãe: _____ RG/CPF: _____
Nome Completo do Pai: _____ RG/CPF: _____
Endereço: _____ nº _____
Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ Estado: _____ País: _____
Tel. Res.: () _____ Com.: () _____ Cel.: () _____

Pessoa para contato em caso de emergência:

Nome: _____ Cidade: _____
Estado: _____ País: _____ Telefones: () _____ / _____

Nome completo: _____ Data Nasc.: ____/____/____
Idade: _____ Nascido em: _____ CPF/Passaporte nº: _____
Doc. Ident.: _____ Órgão Emissor: _____ Tipo Sangüíneo: _____
Nome completo da Mãe: _____ RG/CPF: _____
Nome Completo do Pai: _____ RG/CPF: _____
Endereço: _____ nº _____
Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ Estado: _____ País: _____
Tel. Res.: () _____ Com.: () _____ Cel.: () _____

Pessoa para contato em caso de emergência:

Nome: _____ Cidade: _____
Estado: _____ País: _____ Telefones: () _____ / _____

Nome completo: _____ Data Nasc.: ____/____/____
Idade: _____ Nascido em: _____ CPF/Passaporte nº: _____
Doc. Ident.: _____ Órgão Emissor: _____ Tipo Sangüíneo: _____
Nome completo da Mãe: _____ RG/CPF: _____
Nome Completo do Pai: _____ RG/CPF: _____
Endereço: _____ nº _____
Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ Estado: _____ País: _____
Tel. Res.: () _____ Com.: () _____ Cel.: () _____

Pessoa para contato em caso de emergência:

Nome: _____ Cidade: _____
Estado: _____ País: _____ Telefones: () _____ / _____



Nome completo: _____ Data Nasc.: ____/____/____
Idade: _____ Nascido em: _____ CPF/Passaporte nº: _____
Doc. Ident.: _____ Órgão Emissor: _____ Tipo Sangüíneo: _____
Nome completo da Mãe: _____ RG/CPF: _____
Nome Completo do Pai: _____ RG/CPF: _____
Endereço: _____ nº _____
Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ Estado: _____ País: _____
Tel. Res.: () _____ Com.: () _____ Cel.: () _____

Pessoa para contato em caso de emergência:

Nome: _____ Cidade: _____
Estado: _____ País: _____ Telefones: () _____ / _____

Nome completo: _____ Data Nasc.: ____/____/____
Idade: _____ Nascido em: _____ CPF/Passaporte nº: _____
Doc. Ident.: _____ Órgão Emissor: _____ Tipo Sangüíneo: _____
Nome completo da Mãe: _____ RG/CPF: _____
Nome Completo do Pai: _____ RG/CPF: _____
Endereço: _____ nº _____
Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ Estado: _____ País: _____
Tel. Res.: () _____ Com.: () _____ Cel.: () _____

Pessoa para contato em caso de emergência:

Nome: _____ Cidade: _____
Estado: _____ País: _____ Telefones: () _____ / _____

Nome completo: _____ Data Nasc.: ____/____/____
Idade: _____ Nascido em: _____ CPF/Passaporte nº: _____
Doc. Ident.: _____ Órgão Emissor: _____ Tipo Sangüíneo: _____
Nome completo da Mãe: _____ RG/CPF: _____
Nome Completo do Pai: _____ RG/CPF: _____
Endereço: _____ nº _____
Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ Estado: _____ País: _____
Tel. Res.: () _____ Com.: () _____ Cel.: () _____

Pessoa para contato em caso de emergência:

Nome: _____ Cidade: _____
Estado: _____ País: _____ Telefones: () _____ / _____

Nome completo: _____ Data Nasc.: ____/____/____
Idade: _____ Nascido em: _____ CPF/Passaporte nº: _____
Doc. Ident.: _____ Órgão Emissor: _____ Tipo Sangüíneo: _____
Nome completo da Mãe: _____ RG/CPF: _____
Nome Completo do Pai: _____ RG/CPF: _____
Endereço: _____ nº _____
Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ Estado: _____ País: _____
Tel. Res.: () _____ Com.: () _____ Cel.: () _____

Pessoa para contato em caso de emergência:

Nome: _____ Cidade: _____
Estado: _____ País: _____ Telefones: () _____ / _____



Nome completo: _____ Data Nasc.: ____/____/____
Idade: _____ Nascido em: _____ CPF/Passaporte nº: _____
Doc. Ident.: _____ Órgão Emissor: _____ Tipo Sangüíneo: _____
Nome completo da Mãe: _____ RG/CPF: _____
Nome Completo do Pai: _____ RG/CPF: _____
Endereço: _____ nº _____
Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ Estado: _____ País: _____
Tel. Res.: () _____ Com.: () _____ Cel.: () _____

Pessoa para contato em caso de emergência:

Nome: _____ Cidade: _____
Estado: _____ País: _____ Telefones: () _____ / _____

Nome completo: _____ Data Nasc.: ____/____/____
Idade: _____ Nascido em: _____ CPF/Passaporte nº: _____
Doc. Ident.: _____ Órgão Emissor: _____ Tipo Sangüíneo: _____
Nome completo da Mãe: _____ RG/CPF: _____
Nome Completo do Pai: _____ RG/CPF: _____
Endereço: _____ nº _____
Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ Estado: _____ País: _____
Tel. Res.: () _____ Com.: () _____ Cel.: () _____

Pessoa para contato em caso de emergência:

Nome: _____ Cidade: _____
Estado: _____ País: _____ Telefones: () _____ / _____

Nome completo: _____ Data Nasc.: ____/____/____
Idade: _____ Nascido em: _____ CPF/Passaporte nº: _____
Doc. Ident.: _____ Órgão Emissor: _____ Tipo Sangüíneo: _____
Nome completo da Mãe: _____ RG/CPF: _____
Nome Completo do Pai: _____ RG/CPF: _____
Endereço: _____ nº _____
Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ Estado: _____ País: _____
Tel. Res.: () _____ Com.: () _____ Cel.: () _____

Pessoa para contato em caso de emergência:

Nome: _____ Cidade: _____
Estado: _____ País: _____ Telefones: () _____ / _____

Nome completo: _____ Data Nasc.: ____/____/____
Idade: _____ Nascido em: _____ CPF/Passaporte nº: _____
Doc. Ident.: _____ Órgão Emissor: _____ Tipo Sangüíneo: _____
Nome completo da Mãe: _____ RG/CPF: _____
Nome Completo do Pai: _____ RG/CPF: _____
Endereço: _____ nº _____
Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ Estado: _____ País: _____
Tel. Res.: () _____ Com.: () _____ Cel.: () _____

Pessoa para contato em caso de emergência:

Nome: _____ Cidade: _____
Estado: _____ País: _____ Telefones: () _____ / _____



Nome completo: _____ Data Nasc.: ____/____/____
Idade: _____ Nascido em: _____ CPF/Passaporte nº: _____
Doc. Ident.: _____ Órgão Emissor: _____ Tipo Sangüíneo: _____
Nome completo da Mãe: _____ RG/CPF: _____
Nome Completo do Pai: _____ RG/CPF: _____
Endereço: _____ nº _____
Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ Estado: _____ País: _____
Tel. Res.: () _____ Com.: () _____ Cel.: () _____

Pessoa para contato em caso de emergência:

Nome: _____ Cidade: _____
Estado: _____ País: _____ Telefones: () _____ / _____

Nome completo: _____ Data Nasc.: ____/____/____
Idade: _____ Nascido em: _____ CPF/Passaporte nº: _____
Doc. Ident.: _____ Órgão Emissor: _____ Tipo Sangüíneo: _____
Nome completo da Mãe: _____ RG/CPF: _____
Nome Completo do Pai: _____ RG/CPF: _____
Endereço: _____ nº _____
Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ Estado: _____ País: _____
Tel. Res.: () _____ Com.: () _____ Cel.: () _____

Pessoa para contato em caso de emergência:

Nome: _____ Cidade: _____
Estado: _____ País: _____ Telefones: () _____ / _____

Nome completo: _____ Data Nasc.: ____/____/____
Idade: _____ Nascido em: _____ CPF/Passaporte nº: _____
Doc. Ident.: _____ Órgão Emissor: _____ Tipo Sangüíneo: _____
Nome completo da Mãe: _____ RG/CPF: _____
Nome Completo do Pai: _____ RG/CPF: _____
Endereço: _____ nº _____
Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ Estado: _____ País: _____
Tel. Res.: () _____ Com.: () _____ Cel.: () _____

Pessoa para contato em caso de emergência:

Nome: _____ Cidade: _____
Estado: _____ País: _____ Telefones: () _____ / _____

Nome completo: _____ Data Nasc.: ____/____/____
Idade: _____ Nascido em: _____ CPF/Passaporte nº: _____
Doc. Ident.: _____ Órgão Emissor: _____ Tipo Sangüíneo: _____
Nome completo da Mãe: _____ RG/CPF: _____
Nome Completo do Pai: _____ RG/CPF: _____
Endereço: _____ nº _____
Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ Estado: _____ País: _____
Tel. Res.: () _____ Com.: () _____ Cel.: () _____

Pessoa para contato em caso de emergência:

Nome: _____ Cidade: _____
Estado: _____ País: _____ Telefones: () _____ / _____



Blumenau (SC), _____ de _____ de _____.

Assinatura: _____

Nome: _____

Testemunhas

Ass: _____

Nome: _____

CPF nº: _____

Ass: _____

Nome: _____

CPF nº: _____