

DADOS DA ESCOLA

Nome da escola

Endereço N°

Complemento Bairro

CEP Tel. Celular

E-mail Site

Nome completo do(a) Diretor(a)

Assinatura do(a) Diretor(a)

DADOS DO(A) ALUNO(A)

Nome do aluno(a) selecionado(a)

Ano ou série Idade Data de Nascimento / / Naturalidade

Endereço N°

Complemento Bairro

CEP Tel. Celular E-mail

AUTORIZAÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEL

Eu, grau de parentesco

autorizo o(a) menor

acompanhado(a) de

a participar do Parlamento Estudantil, que será realizado no período de 27 a 29 de outubro de 2026, bem como o uso e exibição de sua imagem e voz pela Câmara Municipal de Mogi das Cruzes.

Mogi das Cruzes, de de 2026.

Assinatura dos pais ou responsável