



LISTA DE ESTUDANTES CONVOCADOS
CAMPUS MATA DE SÃO JOÃO (25 de junho a 02 de Julho)

Nome Estudante	Escola
2ª LISTA DE ESTUDANTES CONVOCADOS(AS) - CAMPUS MATA DE SÃO JOÃO	
CAMAÇARI	
Yan Vitor Ribeiro Lima	Centro Educacional Maria Quitéria
Ana Júlia Santana Dos Santos	Centro Educacional Paulo Freire
Lucas Samuel Cordeiro Tavares	EM Amélia Rodrigues
Viviane Costa Santos	EM Cleusa Maria Carvalho Moreira
Pedro Lukas Alves de Campos	EM Prof Lídia Coelho Pinto
Maria Izabel Santos Neves	EM Denise Tavares
MATA DE SÃO JOÃO	
Heloiza Fernanda De Jesus Santos	Escola Municipal Professor Áureo de Oliveira Filho

TERMO DE AUTORIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE

Eu, _____, declaro que o(a) menor abaixo qualificado(a), na qualidade de responsável legal, apresenta plena saúde, não tendo quaisquer condições físicas e/ou emocionais impeditivas, e autorizo e responsabilizo-me integralmente por sua participação na etapa 2 – Campus do Projeto Cultural “Era uma vez... Brasil”, que será realizada no período de **26 de junho a 02 de julho de 2025, na Escola Municipal Angelina Rodrigues do Nascimento, localizado em Mata de São João – Ba**, realizada por ORIGEM PROMOÇÃO DE EVENTOS LTDA, inscrita no C.N.P.J./M.F. sob o n.º 08.846.690/0001-60, isentando a Promotora de quaisquer responsabilidades vinculadas a essa atividade. Certifico também estar ciente de que será de responsabilidade do(a) menor portar consigo os seguintes **itens pessoais: itens de uso individual, colchão/colchonete de solteiro, lençol, cobertor, travesseiro, toalha de banho e produtos de higiene pessoal**. Autorizo a divulgação de imagens e vídeos do(a) adolescente em quaisquer veículos, impressos ou digitais, referentes à sua participação neste Projeto, bem como, a cessão dos direitos autorais referentes a criações, produções artísticas, redações, desenhos, textos, vídeos ou quaisquer manifestações culturais realizadas pelo(a) menor durante o Projeto, para fins de divulgação, veiculação em quaisquer mídias e utilização em materiais institucionais, sem limite de tempo ou território, de forma gratuita, em caráter irrevogável e irretratável. Concordo, ainda, por meio de manifestação livre, informada e inequívoca, com o tratamento dos seus dados pessoais para finalidade específica em conformidade a Lei 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados).

NOME DA ESCOLA:

DADOS PESSOAIS DO ESTUDANTE

NOME:	DATA DE NASCIMENTO:
NOME SOCIAL (caso haja):	SEXO: () M () F
TAMANHO UNIFORME: P () M () G () GG ()	

DADOS DO(A) RESPONSÁVEL

NOME:	ESTADO CÍVIL:
RG:	VÍNCULO: () MÃE () PAI () OUTRO: _____
TELEFONE:	

EM CASO DE EMERGÊNCIA AVISAR:

GRAU:	NOME:	TELEFONES:
GRAU:	NOME:	TELEFONES:

ENDEREÇO RESIDENCIAL

AV/RUA:	Nº	BAIRRO:
CEP:	CIDADE:	ESTADO:

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

POSSUI ALERGIA ALGUM ALIMENTO:

POSSUI ALERGIA ALGUM MEDICAMENTO:

FAZ USO DE ALGUMA MEDICAÇÃO DIÁRIA? SE SIM, QUAL?

PRECISA DE ACOMPANHAMENTO? SE SIM RESPONDER ABAIXO:

MEDICAÇÃO DIÁRIA

REMÉDIO	DOSAGEM	FREQUÊNCIA	HORÁRIO
			:
			:
			:
			:

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Ex: Dosagem máxima, efeitos colaterais, se em jejum:

POSSUI ALGUMA RESTRIÇÃO DE ATIVIDADE?	POSSUI ALGUMA DEFICIÊNCIA? SE SIM, QUAL?
---------------------------------------	--

NECESSITA DE CONDIÇÃO ESPECIAL? SE SIM, QUAL?

POSSUI ALGUMA DOENÇA CRÔNICA? SE SIM, QUAL?

EM RELAÇÃO A ALIMENTAÇÃO: () VEGETARIANO () VEGANO () NENHUMA RESTRIÇÃO

DATA:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: