

## LISTA DE ESTUDANTES CONVOCADOS

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

| Nome Estudante                         | Escola                            |
|--|-----------------------------------|
| <b>SALVADOR - BA</b>                   |                                   |
| Eloah Vitória Conceição Dos Santos     | 2 de Julho                        |
| Guilherme Cazzol Santana               | 2 de Julho                        |
| Maria Luisa Araújo Bispo Dos Santos    | 2 de Julho                        |
| Maria Milena Agda Silva Santos         | 2 de Julho                        |
| Matheus Nunes De Sousa                 | Alexandre Leal Costa              |
| Muktaar Aziz                           | Alexandre Leal Costa              |
| Christian Victor Ferreira Couto        | Alfredo Amorim                    |
| Kerollyn Bianca Castro Da Silva        | Alfredo Amorim                    |
| Lívia Souza Cardozo                    | Alfredo Amorim                    |
| Maria Luiza Santos Damasceno           | Alfredo Amorim                    |
| Fábio Pietro De Deus Barbosa           | Amelia Rodrigues                  |
| Iago Victor Rodrigues Boaventura       | Amelia Rodrigues                  |
| Maria Vitoria Barreto                  | Amelia Rodrigues                  |
| Mayana Da Silva Santos                 | Amelia Rodrigues                  |
| Andrey Santana Dos Santos              | Cidade De Jequie                  |
| Eric Nascimento Dos Santos             | Cidade De Jequie                  |
| Kézia Santana Araújo                   | Cidade De Jequie                  |
| Jo Leandro De Jesus Filgueiras         | Manoel Henrique Da Silva Barradas |
| Luiz Gustavo Jesus Silva               | Manoel Henrique Da Silva Barradas |
| Mariane Calumbi Trindade Dos Santos    | Manoel Henrique Da Silva Barradas |
| Mayara Kesley Carvalho Santos          | Manoel Henrique Da Silva Barradas |
| Eduarda Luz Da Silva                   | Maria Dolores                     |
| Ana Beatriz S. A. De Jesus             | Maria José De Paula Moreira       |
| Mayara Vitoria Silva Borges            | Maria José De Paula Moreira       |
| Luana Crus De Jesus                    | Olga Figueiredo De Azevedo        |
| Elem Isabelly Calasans De Jesus Santos | Piraja Da Silva                   |
| Gustavo Pinheiro Souza De Jesus        | Piraja Da Silva                   |
| Yasmin Brito Calasns                   | Piraja Da Silva                   |
| Heloisa Kayra Barreto Nascimento       | Professora Eufrosina Miranda      |
| Hugo Felipe Coutinho Dos Santos        | Professora Eufrosina Miranda      |
| Pierre Zain Souza Da Silva             | São Domingos Sávio                |
| Agatha Vitoria Dos Santos Silva        | Visconde De Cairu De Brotas       |
| Diego Araujo Guimarães                 | Visconde De Cairu De Brotas       |
| Emile Anjos Martins Dos Santos         | Visconde De Cairu De Brotas       |
| Maria Vitoria Barbosa Conceicao        | Visconde De Cairu De Brotas       |

## 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: \_\_\_\_\_