

## **TERMO DE AUTORIZAÇÃO E CO-RESPONSABILIDADE**

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo minha filha, \_\_\_\_\_, a participar do Programa Futuras Cientistas, a ser realizado no período de 03 a 31 de janeiro de 2018 no Centro de Tecnologias Estratégicas do Nordeste (CETENE). Ao mesmo tempo em que me responsabilizo por todas as informações aqui prestadas, estando com isso ciente da programação da atividade e objetivos a que ela se destina.

Recife (PE), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_\_  
CPF:

### **Assinatura do Pai ou Responsável.**

Preocupados com o bem estar das estudantes e com o aprimoramento das nossas atividades pedimos por gentileza responder o questionário abaixo.

1. Nome Completo do Membro Juvenil:
  2. Tipo Sangüíneo: Fator Rh
  3. Carteira de identidade:
  4. Sua filha é portadora de alguma doença que requeira cuidados especiais?  
() Sim () Não.  
Qual? \_\_\_\_\_
  5. É alérgico a picada de insetos? () Sim () Não.
  6. É alérgico a algum medicamento? () Sim () Não.