

# DUBLACON

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (nome completo do pai/mãe/responsável/legal),  
\_\_\_\_\_ (nacionalidade), \_\_\_\_\_ (estado  
civil), portador (a) do RG nº \_\_\_\_\_ e CPF  
nº \_\_\_\_\_, na condição  
de \_\_\_\_\_ (pai/mãe/responsável legal) do (a)  
menor \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (nome completo do menor) com \_\_\_\_\_ anos completos  
de idade (conforme documento de identidade/certidão de nascimento  
anexo) . AUTORIZO o (a) menor a participar da DublaCon 2024, no dia **28  
de Setembro de 2024**, a ser realizada no Teatro UNICID localizado na Av.  
Imperatriz Leopoldina, 550 - Vila Leopoldina, São Paulo/SP CEP:  
05305-007

Local: \_\_\_\_\_ Data: / /

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pai/ mãe/ responsável legal