

---

## PROGRAMA DE VISITAS NESTLÉ CHOCOLATES

### Declaração dos Pais ou Responsáveis

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) da Cédula de Identidade R.G. nº \_\_\_\_\_, devidamente inscrito(a) no CPF/MF sob nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) na Cidade \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, responsável pelo(a) menor \_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_, com idade de \_\_\_ anos, portador(a) da Cédula de Identidade RG nº \_\_\_\_\_, e devidamente inscrito(a) no CPF/MF sob nº \_\_\_\_\_, declaro, para os devidos fins, estar ciente de que ele(a) irá visitar a Unidade Fabril da NESTLÉ BRASIL LTDA., estabelecida na Av. Henry Nestlé nº 1800, Vila Galvão, no dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, com a excursão escolar promovida pela Instituição \_\_\_\_\_, e autorizo que, durante a visita, a NESTLÉ capte imagens estáticas ou em movimento, que poderão, a exclusivo critério da NESTLÉ ser utilizadas em seus canais de comunicação, exclusivamente em publicações relacionadas ao referido programa de visitas.

Autorizo, ainda, em caso de emergência, que o(a) menor seja atendido e medicado no Ambulatório Médico da NESTLÉ. Acrescento ainda as seguintes informações para casos de emergência:

Convênio médico do menor: \_\_\_\_\_

Medicamento que o menor utiliza: Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

Algum problema de saúde: Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

Alergia: Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

Contraindicação a medicação: Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome do responsável:

Telefone para contato: