

Programa de Visitas Nestlé Chocolates

Declaração do Responsável

Declaro _____ estar _____ ciente _____ que _____ o _____ (a) menor _____ irá visitar a Nestlé Chocolates no dia / / com a excursão escolar promovida pela _____ e que durante a visita poderão ser tiradas fotos de consumidores presentes que serão posteriormente utilizadas pela empresa Nestlé para divulgação em seus canais de comunicação.

Declaro ainda que autorizo, 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? _____

Nome do responsável: _____

CPF do responsável: _____

Telefone para contato: _____

Assinatura do responsável

Entregar preenchido no dia da visita à Fábrica.

Atenção: A não devolução implicará no não atendimento das visitas agendadas.