



AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO DA ESCOLHA DAS
SOBERANAS COXILHA 2020/2021 MENOR DE 18 ANOS

Eu, _____,
brasileiro (a), portador do RG de nº _____
e CPF de nº _____, residente e
domiciliado (a) no Endereço _____
_____, nº _____, Bairro _____,
Cidade de Coxilha /RS, autorizo minha filha _____
_____, a participar do Concurso de Escolha
das Soberanas de Coxilha 2020/2021, nos termos do regulamento
oficial.

Coxilha, _____, _____ de 2020.

Assinatura da Candidata

Assinatura Pai/Mãe Ou Representante Legal
