Comunicado e autorização dos pais para a realização do Projeto ACADEMIA DA SAÚDE E DO BEM ESTAR

SENHORES PAIS E/OU RESPONSÁVEIS:

Tendo em vista a grande necessidade da prática de atividade física, em qualquer fase da vida, no que se refere aos benefícios que proporciona a qualidade de vida e principalmente no auxilio da redução de peso e manutenção do peso ideal, por iniciativa da nutricionista Kellen M Salles e o apoio e participação da Secretária Municipal de Educação Delzuita Vieira de Souza e o Secretário Municipal de Esportes José Eleandro de Souza, estaremos realizando no Ginásio de Esportes o Projeto de Prática de Atividade Física (Academia da Saúde e do Bem Estar), onde seus filhos(as) poderão realizar exercícios físicos apropriados para a idade e condição física deles, aplicado pelo professor e estagiário de Educação Física.

Os horários das atividades ficaram definidos da seguinte forma:

Para os alunos que estudam no período da manhã, os horários das atividades serão:

Para os alunos que estudam no período da tarde, os horários das atividades serão:

OBS.: a nutricionista Kellen (Cozinha Central – 3559-1809), o secretário de esportes e as diretoras das escolas, estarão à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Conto com a presença de todos(as)!!!

Nome do aluno(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escola: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome (legível) do pai/mãe ou responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Autorizo meu filho(a) a participar da atividade proposta ( ) Não autorizo

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_