



TERMO DE RESPONSABILIDADE
Prática de tiro de ar comprimido por menores de 18 anos

Nome Atleta	
--------------------	--

Enc. Educação	
----------------------	--

Morada	
---------------	--

Código Postal	
----------------------	--

CC		Num		Validade	
-----------	--	------------	--	-----------------	--

Declaro que é por minha livre e espontânea vontade que autorizo o meu filho/educando a praticar tiro com armas de ar comprimido.

Data

O encarregado de Educação