



AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO DA ESCOLHA DAS
SOBERANAS COXILHA 2022/2024 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 2022/2024, nos termos do regulamento oficial.

Coxilha, ___, de 2022.

Assinatura da Candidata

Assinatura Pai/Mãe Ou Representante Legal
