



JOINVILLE – SC Março de 2019

### \*COMUNICAÇÃO DE PASSEIO\*

**OBJETIVO:** Oportunizar experiências concretas de vivência em grupo e lazer sadio, bem como a complementação de atividades curriculares.

### SAÍDA DE CAMPO – MEMORIAL DO DESCOBRIMENTO

Data: **30/04/2019 - TURMA MANHÃ**

Local: **ARAQUARI**

Turma(s): **4ºs anos**

**Roteiro:**

\*Chegada **colégio às 07h30min**

- Horário e local de embarque **07h45min – Rua Jaguaruna**

- Horário e local de saída: **08h00min**

- Horário previsto para volta: **12h10min no mesmo local**

#### Passeio Inclui:

- Onibus Turismo

- Guia acompanhando o grupo + Seguro Viagem

- Ingresso visita monitorada no Memorial do Descobrimento

- Professores acompanhantes

**\*\* Lanche: Deverá ser providenciado pelo (a) aluno(a)**

**Valor do Passeio: R\$50,00**

#### Como Participar:

Preencher a autorização abaixo e entregar com o pagamento no dia da **cobrança no colégio até 23/04**

\*Após esta data, sujeito a vagas e pago direto na agência SEGTUR na Rua Araranguá, 237 - Fone: (47) 3025-2020

**Importante:** Para qualquer viagem rodoviária, conforme instruções da ANTT, o aluno obrigatoriamente deve portar o documento original no embarque, informado na autorização abaixo. (\*RG ou até 12 anos Certidão Nascimento)

**\*\*Caso os pais prefiram, por segurança, poderá ser substituído por uma cópia autenticada que também será aceito!**

-----recortar-----



**SEGTUR Agência de Viagens e Turismo Ltda.**

Rua Araranguá, 237 - Bairro América - 89204-310 - Joinville /SC

Fone/Fax: (47) 3025-2020 - www.segtur.com.br

e-mail: segtur@segtur.com.br

### AUTORIZAÇÃO DE VIAGEM

**COLÉGIO SANTOS ANJOS** 4º Anos MATUTINO

Nome completo do Passageiro: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F

Certidão de Nascimento \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**\*\*Obrigatório preencher o nº documento e portar no embarque**

Eu, \_\_\_\_\_ nºCPF \_\_\_\_\_

confirmando todas as informações acima e autorizo meu filho(a) a participar da viagem para **ARAQUARI em 30/04/2019**

Telefones para contato: \_\_\_\_\_

#### FICHA DE SAÚDE

Possui plano de saúde? ( ) SIM ( ) NÃO Qual? \_\_\_\_\_

**\* Se possuir, sugerimos portar a carteirinha durante a viagem.**

É alérgico? ( ) SIM ( ) NÃO Se sim especifique: \_\_\_\_\_

Alguma recomendação especial? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura Pai / Mãe / Responsável