



AUTORIZAÇÃO

PARA CONCESSÃO DE PASSAPORTE DE MENORES

Nome do menor: _____

Filiação:

Pai.: _____

Doc. de Identidade Nº: _____ Expedido em: ____/____/____

Endereço: _____

Mãe.: _____

Doc. de Identidade Nº: _____ Expedido em: ____/____/____

Endereço: _____

Madri, em ____ de _____ de ____

(Assinatura do pai)

(Assinatura da mãe)