

ESCAPE TIME

— POKOJE ZAGADEK —

FORMULARZ ZGODY

535-858-527 | 888-713-713
www.escapetime.pl

ESCAPE TIME

Pokoje zagadek

Niniejszy formularz należy przeczytać i wypełnić.

IMIĘ OPIEKUNA:

IMIĘ DZIECKA:

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w rozgrywce w pokoju zagadek w Escape Time

Zapoznałem/łam się i akceptuję regulamin Escape Time Marta Roszak NIP 5833186445 co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

DANE KONTAKTOWE

RODZIC/OPIEKUN

TEL. KOMÓRKOWY

E-MAIL

Escape Time Marta Roszak
ul. Asesora 78 | ul. Hynka 71 Gdańsk

Podpis rodzica/opiekuna prawnego