



FORMULARZ ZGODY

535-858-527 | 792-777-154
www.escapetime.pl

ESCAPE TIME DATA:

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

Escape Time Marta Roszak
ul. Asesora 78 | ul. Hynka 71 Gdańsk
Galeria Metropolia, ul. Kilińskiego 4 Gdańsk

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

DANE KONTAKTOWE

Rodzic/Opiekun

Tel. komórkowy

E-mail

Podpis rodzica/opiekuna prawnego



FORMULARZ ZGODY

535-858-527 | 792-777-154
www.escapetime.pl

ESCAPE TIME DATA:

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

Escape Time Marta Roszak
ul. Asesora 78 | ul. Hynka 71 Gdańsk
Galeria Metropolia, ul. Kilińskiego 4 Gdańsk

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

DANE KONTAKTOWE

Rodzic/Opiekun

Tel. komórkowy

E-mail

Podpis rodzica/opiekuna prawnego

