



Kostarowce dn.....

Oświadczenie rodzica / opiekuna prawnego

Ja niżej podpisany / podpisana
(imię i nazwisko)

legitymujący / legitymująca się numerem dowodu osobistego / numerem pesel
(nr dowodu / nr pesel)

oświadczam, iż jestem rodzicem/opiekunem prawnym:

adres zamieszkania
(imię i nazwisko podopiecznego / podopiecznych/ adres zamieszkania)

Oświadczam, że z pełnym zrozumieniem zapoznałam(-em) się z obowiązującym REGULAMINEM (dostępnym u Organizatora oraz na jego stronie internetowej: www.laser-force.pl) oraz że wiem czym jest gra Laser Tag.

Oświadczam, że decyduję się na udział mojego podopiecznego / podopiecznych w rozgrywkach Laser Tag organizowanych przez Laser Force na sportowym terenie taktycznym znajdującym się w Kostarowcach na własną odpowiedzialność i nie będę rościł/rościła żadnych pretensji oraz dochodził/dochoziła odszkodowania wobec organizatora w wyniku powstałych szkód na zdrowiu i/lub mieniu mojego podopiecznego / podopiecznych.

Oświadczam, iż podane wyżej informacje są prawdziwe. Przyjmuję do wiadomości, iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy stanowi występki zagrożony karą pozbawienia wolności do lat 3 (art. 233 § 1 kodeksu karnego).

.....
Podpis opiekuna