



KARTA ZGŁOSZENIA

Proszę o wpisanie na listę Uczestników:

6 października 2017 r. Adamów – Gminna Biblioteka Publiczna

Pełnoletni (opiekun) :

Imię i nazwisko

Numer telefonu do kontaktu

Adres e-mail

Pozostałe zgłaszane osoby nieletnie (imię i nazwisko)*:

1.

2.

3.

4.

Oświadczam, że w spotkaniu edukacyjnym „Sowia Noc” uczestniczę dobrowolnie i na własną odpowiedzialność. W przypadku zgłoszenia osoby niepełnoletniej potwierdzam, że biorę pełną odpowiedzialność za dziecko.

Oświadczam, że przejmuję pełną odpowiedzialność za przybycie osób nieletnich na miejsce wydarzenia oraz ich powrót.

Oświadczam także, iż nie będę rościć żadnych praw do odszkodowania wobec organizatorów w przypadku zaistnienia nieprzewidzianych zdarzeń losowych lub wypadków z udziałem moim lub zgłoszonego przeze mnie nieletniego.

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis osoby pełnoletniej)

**Zgłoszenia osób nieletnich tylko z pełnoletnim opiekunem.*



**Gminna
Biblioteka
Publiczna
w Adamowie**