

....., dnia .....

(miejsowość, data)

Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Nr telefonu:

.....

**Centrum Testów prowadzone przez: Jakub Klawiter Media**

**NIP: 783 153 54 11**

ZGODA NA KORZYSTANIE Z USŁUG CENTRUM TESTÓW PRZEZ  
OSOBEŃ NIEPEŁNOLETNIAŃ

Ja, niżej

podpisan(a)y .....

(imię i nazwisko rodzica /opiekuna/ numer dowodu osobistego rodzica/opiekuna)

będąc rodzicem / opiekunem prawnym\*

: .....,

(imię i nazwisko osoby niepełnoletniej)

niniejszym\*\*:

1. Wyrażam zgodę na udział w/w osoby małoletniej w testach urzędów organizowanych przez Centrum Testów, z uwzględnieniem samodzielnego pobytu w/w osoby małoletniej na terenie Centrum Testów i możliwością samodzielnego korzystania z jego usług.

o TAK

o NIE

Jednocześnie oświadczam, iż wiadomym mi jest, że za wszelkie działania osoby małoletniej odpowiedzialność ponoszą jego rodzice/ opiekunowie prawni. Zobowiązuję się do pokrycia wszelkich szkód, wynikłych z działania dziecka lub zaniechania przestrzegania przez niego zasad, określonych w Regulaminie Centrum Testów.

.....

(czytelny podpis)