

....., dnia
(miejsowość, data)

Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Nr telefonu:

.....

Centrum Testów prowadzone przez: Centrum Testów Patrycja Szabela
NIP: 8811443511

ZGODA NA KORZYSTANIE Z USŁUG CENTRUM TESTÓW PRZEZ OSOBĘ
NIEPEŁNOLETNIA

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:

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

- TAK
- 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)