



## ZGODA OPIEKUNA PRAWNEGO

Wyrażam zgodę na korzystanie z usług salonu wirtualnej rzeczywistości „VR Experience” mieszczącego się w Kielcach przy ul. 1-go Maja 113 mojego dziecka

.....

Oświadczam jednocześnie, iż dziecko nie ma żadnych przeciwwskazań zdrowotnych do korzystania z oferowanego sprzętu oraz potwierdzam znajomość oraz akceptuję warunki Regulaminu salonu „VR Experience”.

Data:

Podpis opiekuna prawnego:

.....

.....