Zgoda na samodzielne opuszczenie Gabinetu „Wyjątkowy Miś” przez dziecko

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego: ……..

Telefon kontaktowy: ……

Adres zamieszkania: ……..

niniejszym wyrażam zgodę na to, aby moje dziecko:

Imię i nazwisko dziecka: ……...

Data urodzenia dziecka: ……...

samodzielnie opuszczało Gabinet terapeutyczno – edukacyjny „Wyjątkowy Miś” po zakończonych zajęciach.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o zasadach bezpieczeństwa obowiązujących w Gabinecie oraz akceptuję postanowienia regulaminu w tym zakresie.

Biorę pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo mojego dziecka w drodze z Gabinetu do domu lub innego miejsca jego pobytu. Rozumiem, że Gabinet nie ponosi odpowiedzialności za dziecko po opuszczeniu przez nie lokalu, jeżeli odbywa się to na podstawie niniejszej zgody.

Zgoda obowiązuje od dnia podpisania do czasu jej pisemnego odwołania przez rodzica lub opiekuna prawnego.

…….. ……..

Data Podpis rodzica / opiekuna prawnego