

ESCAPE ROOM DARMSTADT

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind den Escape Room in den Räumlichkeiten der LaserTag Darmstadt GmbH nutzen darf.

Meine Tochter / Mein Sohn darf am ____., ____., 20____ einen Escape Room der LaserTag Darmstadt GmbH spielen.

Vor-, Nachname: _____

Geburtsdatum: _____
(Nur mit Vorlage eines Altersnachweises des Kindes gültig!)

Die Aufsicht vor Ort wird durch die/den Erziehungsberechtigte/n auf folgende volljährige Aufsichtsperson übertragen:

Vor-, Nachname: _____

Geburtsdatum: _____
(Nur mit Vorlage eines Altersnachweises der Aufsichtsperson gültig!)

Ort, Datum

Unterschrift Aufsichtsperson

Ich bestätige die AGB gelesen und an mein Kind vermittelt zu haben.

Die Richtigkeit der o. g. Angaben wird durch die nachfolgende Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten bestätigt.

Vor-, Nachname: _____

Anschrift: _____

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r