

# 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: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

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