



Concello A Guarda

AUTORIZACIÓN PARA AS PERSOAS MENORES NO ESCAPE ROOM “ESTRELAS”

SOLICITANTE (Persoa menor):

Nome e apelidos:

DNI:

Teléfono:

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN:

Nome e apelidos:

DNI:

En calidade de pai/nai/titor/a:

Teléfono:

AUTORIZA: A participación do/a menor de idade solicitante na actividade ESCAPE ROOM DE IGUALDADE “ESTRELAS”, que terá lugar o sábado 2 de abril ás 17:00 h na praza De Avelino Vicente.

Autorizo a toma de imaxes e rexistro de son por parte do Concello da Guarda, para a difusión e memoria de actividades. SI NON

A Guarda, a de marzo de 2022.

Asdo. Nai/Pai ou Titor/a