



LA CLAU ROOM ESCAPE
Passatge Vilaseca i Garriga, K-J
08241 Manresa

AUTORITZACIÓ

_____ (Nom del pare / mare / tutor) , amb DNI / NIE
_____ i domicili a _____ , actuant en la seva
condició de _____ (Pare / mare / tutor) del menor
_____ (nom del menor) , de _____ Anys d'edat, amb DNI
_____ i domicili a _____.

AUTORITZO , per mitjà del present document,

A que el MEU FILL/A, sota la meva responsabilitat, participi en l'activitat contractada amb la CLAU ROOM ESCAPE SCP, sala UNTIL DAWN, el dia _____.

A aquests efectes, declaro:

1. Que dono la meva conformitat expressa i autoritzo que el meu fill/ tutelat, del qual les dades ja han estat ressenyats, pugui participar en l'activitat a dalt esmentada.
2. Que conec i accepto íntegrament la normativa de l'activitat, i accepto en nom del menor en aquells aspectes en què es requereixi.
3. Que accepto les responsabilitats que es derivin del mal ús de les instal·lacions i el material del local per part del meu fill / tutelat.
4. Que el meu fill / tutelat es troba en condicions físiques adequades per participar voluntàriament en aquesta activitat.
5. Que el meu fill/ tutelat no pateix epilèpsia, claustrofòbia, asma, ni té problemes cardíacs.
6. Que autoritzo a que el meu fill/a apreixi en les imatges que es publiquen en la web o xarxes socials propietat de La Clau Room Escape SCP realitzades durant el desenvolupament de l'activitat.

I , per a donar efectivitat a aquesta autorització,

SIGNAT:
(Pare, mare, tutor legal)