

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. zapoznałem/am się z treścią Procedury Bezpieczeństwa Stosowanej w Parku Linowym na Równicy w związku z SARS-CoV-2 (zwanej dalej Procedurą):

Uczestnik I	Uczestnik II	Uczestnik III	Uczestnik IV
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Przedstawiciel Ustawowy / Opiekun			
<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE	

2. akceptuję treść Procedury:

Uczestnik I	Uczestnik II	Uczestnik III	Uczestnik IV
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Przedstawiciel Ustawowy / Opiekun			
<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE	

- właściwe zaznaczyć

NR TELEFONU.....

.....  
(dzień - miesiąc- rok oraz czytelnie Imię i Nazwisko)

.....  
(dzień - miesiąc- rok oraz czytelnie Imię i Nazwisko)

.....  
(dzień - miesiąc- rok oraz czytelnie Imię i Nazwisko)

.....  
(dzień - miesiąc- rok oraz czytelnie Imię i Nazwisko)

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

- 1.zapoznałem/am się z treścią Procedury Bezpieczeństwa Stosowanej w Parku Linowym na Równicy w związku z SARS-CoV-2 (zwanej dalej Procedurą):

Uczestnik I	Uczestnik II	Uczestnik III	Uczestnik IV
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Przedstawiciel Ustawowy / Opiekun			
<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE	

- 2.akceptuję treść Procedury:

Uczestnik I	Uczestnik II	Uczestnik III	Uczestnik IV
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Przedstawiciel Ustawowy / Opiekun			
<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE	

- właściwe zaznaczyć

NR TELEFONU.....

.....  
(dzień - miesiąc- rok oraz czytelnie Imię i Nazwisko)

.....  
(dzień - miesiąc- rok oraz czytelnie Imię i Nazwisko)

.....  
(dzień - miesiąc- rok oraz czytelnie Imię i Nazwisko)

.....  
(dzień - miesiąc- rok oraz czytelnie Imię i Nazwisko)