

Livorno ___/___/_____

DELEGA DI RESPONSABILITÀ DEL MINORE:

Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte e consegnato allo staff al momento dell'arrivo del minore nei locali di BRAIN IN A CAGE.

Io sottoscritto/a (nome,cognome)_____

Nato/a a: _____ il: ___/___/_____

e residente in: _____ N° _____ provincia di: _____

documento (patente/carta identità) rilasciata in data ___/___/_____ N° _____
dal Comune di _____/Motorizzazione

in qualità di tutore/tutrice legale di (nome, cognome
minorene) _____,

nato/a il ___/___/_____ a _____, residente in _____

ACCETTO

Che il minore si iscriva all'associazione "APS Brain In a Cage – Escape Room" e partecipi alla sessione di gioco in data odierna, inoltre

DELEGO

(nome,cognome del maggiorenne responsabile) _____ nato/a il
___/___/_____ a _____ ad assumersi la totale responsabilità di mio/a figlio/a
minorene durante la propria permanenza nei locali dell'Associazione Escape Room "BRAIN IN A
CAGE" - Via Grande n 68 Livorno.

DICHIARO

**di aver letto e accettato i termini e le condizioni del gioco "BRAIN IN A CAGE" pubblicati sul
sito www.braininacage.it**

Firma tutore : _____

Firma maggiorenne: _____