

.....
imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

Warszawa, dnia

ZGODA NA UDZIAŁ W WARSZTATACH AKADEMII TEATRU

[AKADEMII SZTUKI I KULTURY]

Wyrażam zgodę na udział córki/syna (imię i nazwisko):

.....

w warsztatach (nazwa/rodzaj warsztatów):

.....

w dniach

w godzinach od do

Oświadczam, że zapoznałam/em się z regulaminem warsztatów dostępnym na stronie
www.warsztaty-teatralne.pl lub www.akademiateatru.pl.

Oświadczam, że stan zdrowia mojego dziecka pozwala na udział w zajęciach teatralnych.

Odpowiadam za bezpieczeństwo mojego dziecka w drodze do miejsca oraz z miejsca odbywania warsztatów.

.....
podpis rodzica (prawnego opiekuna)



WARSZTATY
AKTORSKIE