

**Zgoda rodzica/opiekuna prawnego na udział dziecka w Wolontariacie  
Łódzkiego Festiwalu Fantastyki Kapitularz**

.....  
Miejscowość i data

Ja, .....  
imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego osoby niepełnoletniej\*

wyrażam zgodę na udział mojego dziecka

.....,  
imię i nazwisko dziecka

w Wolontariacie w trakcie tegorocznej edycji Łódzkiego Festiwalu Fantastyki Kapitularz.  
Oświadczam, że ja oraz dziecko zapoznaliśmy się z treścią Regulaminu Wolontariatu,  
rozumiemy jego postanowienia oraz będziemy ich przestrzegać.

.....  
Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego\*

.....  
Telefon kontaktowy do rodzica/opiekuna prawnego\*

\* niepotrzebne skreślić