**Zgoda rodzica/opiekuna prawnego Imię i nazwisko rodzica/opiekuna**

....................................................................................................... Wyrażam zgodę na samodzielne korzystanie z okularów wirtualnej rzeczywistości VR dziecka/i ……………………………………......................................................................................................... Oświadczam, że dziecko/i nie ma żadnych przeciwwskazań zdrowotnych do korzystania z oferowanej usługi. Sułów, dnia ………………………… Podpis rodzica/opiekuna

Kontakt nr. Telefonu ……………………………………………………..

**Zgoda rodzica/opiekuna prawnego Imię i nazwisko rodzica/opiekuna**

....................................................................................................... Wyrażam zgodę na samodzielne korzystanie z okularów wirtualnej rzeczywistości VR dziecka/i ……………………………………......................................................................................................... Oświadczam, że dziecko/i nie ma żadnych przeciwwskazań zdrowotnych do korzystania z oferowanej usługi. Sułów, dnia ………………………… Podpis rodzica/opiekuna

Kontakt nr. Telefonu ……………………………………………………..

**Zgoda rodzica/opiekuna prawnego Imię i nazwisko rodzica/opiekuna**

....................................................................................................... Wyrażam zgodę na samodzielne korzystanie z okularów wirtualnej rzeczywistości VR dziecka/i ……………………………………......................................................................................................... Oświadczam, że dziecko/i nie ma żadnych przeciwwskazań zdrowotnych do korzystania z oferowanej usługi. Sułów, dnia ………………………… Podpis rodzica/opiekuna

Kontakt nr. Telefonu ……………………………………………………..

**Zgoda rodzica/opiekuna prawnego Imię i nazwisko rodzica/opiekuna**

....................................................................................................... Wyrażam zgodę na samodzielne korzystanie z okularów wirtualnej rzeczywistości VR dziecka/i ……………………………………......................................................................................................... Oświadczam, że dziecko/i nie ma żadnych przeciwwskazań zdrowotnych do korzystania z oferowanej usługi. Sułów, dnia ………………………… Podpis rodzica/opiekuna

Kontakt nr. Telefonu ……………………………………………………..