Imię i nazwisko Data,

Miejscowość

Ulica

Kod pocztowy

**ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH OSÓB**

**NIEPEŁNOLETNICH**

Jako rodzic/prawny opiekun, wyrażam zgodę na udział mojego dziecka / podopiecznego ………………………………............(imię i nazwisko dziecka) w działalności Muzeum Historii Żydów Polskich w Warszawie.

…………………………………………………

Podpis rodzica/opiekuna prawnego