Warszawa, dn. ……………………

…………………………………………………..

Imię i nazwisko

…………………………………………………..

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