…………………………………………….. Warszawa, dn. ……………………

Imię i nazwisko wolontariusza

…………………………………………….

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