

AUTORIZACIÓN PARA MENORES DE EDAD

Yo, (nombre) _____ (apellidos) _____,
con DNI _____ padre / madre / tutor legal ⁽¹⁾ de:

- (Nombre y apellidos) _____, DNI ⁽²⁾: _____
- (Nombre y apellidos) _____, DNI ⁽²⁾: _____
- (Nombre y apellidos) _____, DNI ⁽²⁾: _____

autorizo el/los menor(es) de edad a participar en la actividad de Escape Room en INCOGNITO, Calle Linneo 4, Madrid, en la hora y fecha de la reserva y confirmo que:

tiene(n) por lo menos 14 años para poder participar en la actividad sin adultos.

tiene(n) por lo menos 10 años y acompaña(n) a un grupo de adultos (máximo 1 niño por cada adulto).

acepto los términos y condiciones de INCOGNITO Escape (disponibles en incognitoescape.es), le he dado instrucciones suficientes al/a los menores para garantizar su buen comportamiento durante la actividad y actúo como responsable de su comportamiento.

Por si fuera necesario, facilito el siguiente número de teléfono para ser notificado de cualquier incidencia: _____

Madrid, a ___ de _____ del 202_

Firma:

⁽¹⁾ Táchese lo que no proceda

⁽²⁾ Si no dispone de DNI, indicar “/”