**Детский развлекательный центр «Джунгли»**

(ДРЦ "Джунгли") г.Молодечно, ул. В. Гостинец, 143

 **Согласие родителей** (опекунов), иных уполномоченных лиц, на посещение батутного поля, скалодрома, других игровых площадок ДРЦ "Джунгли"

 **Я**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Фамилия, имя, отчество, ПОЛНОСТЬЮ)

 являясь родителем (опекуном), лицом, принимающим на себя ответственность за жизнь и здоровье:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Фамилия, имя, отчество, лица, не достигшего 18 лет)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата рождения, ПОЛНОСТЬЮ, количество полных лет)

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Фамилия, имя, отчество, лица, не достигшего 18 лет)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата рождения, ПОЛНОСТЬЮ, количество полных лет)

разрешаю ему/ей/им посещать секции индивидуальные и групповые занятия, в ДРЦ "Джунгли". Я полностью осознаю, что эти занятия могут быть небезопасны, и беру на себя ответственность за нарушение им/ею/ими правил поведения, которое может повлечь за собой травму, ущерб здоровью. Если во время занятий произойдет несчастный случай, прошу сообщить об этом мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по телефону \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О.) (номер телефона ОБЯЗАТЕЛЬНО)

 **Я ознакомлен(а) с Правилами посещения и оказания услуг ДРЦ "Джунгли"** и подтверждаю, что у вышеперечисленных лиц, не достигших 18 лет, нет медицинских противопоказаний к занятиям на спортивном оборудовании и активным видам отдыха.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата Подпись