

## AUTORIZACIÓN MENORES DE EDAD

Yo, (nombre y apellidos) \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_, siendo padre, madre o tutor legal (marque una opción) de:

- (Nombre y apellidos) \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_.
- (Nombre y apellidos) \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_.
- (Nombre y apellidos) \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_.
- (Nombre y apellidos) \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_.

- Autorizo al menor de edad a realizar la actividad de Juego de Escape en la calle Batalla del Salado 2, Madrid, en la hora y fecha de la reserva realizada.
- Los menores tienen más de 8 años para así poder realizar la actividad sin dificultad.
- Entiendo los términos y condiciones generales expuestos en la página web de Locktopus y actúo como responsable del comportamiento del menor de edad durante la realización de la actividad.

Para cualquier incidencia avisar al número de teléfono: \_\_\_\_\_

LOCKTOPUS  
Madrid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 202\_

Firma: \_\_\_\_\_

En la sala de escape también disponemos de autorizaciones en papel.