

AUTORIZACIÓN MENORES DE EDAD. EL SASTRE

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 16 años para así poder realizar la actividad.
- 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: _____

Madrid, a _____ de _____ del 202_

Firma: _____