



STOWARZYSZENIE STRZELECKO-KOLEKCJONERSKIE C4GUNS

Aleja Marszałka Józefa Piłsudskiego 141, 92-318 Łódź, REGON: 369456501, NIP: 9471995056, KRS:0000718012
www.c4guns.pl, tel: 507058414, email: kontakt@c4guns.pl

Łódź, ____ . ____ . 20 ____ r.

ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO* NA KORZYSTANIE ZE STRZELNICY PRZEZ OSOBĘ NIEPEŁNOLETNIĄ

Ja, niżej podpisany/a _____
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

legitymujący/a się dowodem osobistym seria _____ numer _____, zamieszkały/a

(pełny adres rodzica/opiekuna prawnego)

jako rodzic /opiekun prawny _____
(imię i nazwisko osoby niepełnoletniej)

numer PESEL osoby niepełnoletniej

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 ,

niniejszym oświadczam, że:

- wyrażam zgodę na udział w zajęciach strzeleckich z wykorzystaniem broni palnej przez w/w osobę niepełnoletnią, odbywające się na strzelnicy C4 Guns w Łodzi,
- nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do brania udziału w zajęciach strzeleckich przez w/w osobę niepełnoletnią,
- zapoznałem/am się i akceptuję treść regulaminu strzelnicy C4 Guns w Łodzi, który to regulamin jest znany osobie niepełnoletniej pozostającej pod moją opieką.

ZGODA JEDNORAZOWA _____
(imię i nazwisko opiekuna na czas strzelania jeśli nie jest rodzicem/opiekunem prawnym)

legitymujący/a się dowodem osobistym: seria _____ numer _____.

ZGODA STAŁA (dotyczy osób niepełnoletnich zrzeszonych w Stowarzyszeniu C4 Guns)

_____ podpis rodzica /opiekuna prawnego _____

*niewłaściwe skreślić