

**ZGODA RODZICA NA UDZIAŁ W KONKURSIE COSPLAY  
ORGANIZOWANYM W RAMACH DNI FANTASTYKI 2024**

Ja ..... (Imię i Nazwisko opiekuna prawnego),  
identyfikujący/ca się dowodem o numerze ..... wyrażam zgodę na udział  
mojego dziecka ..... (Imię i Nazwisko uczestnika) w  
Konkursie Cosplay organizowanym w ramach Dni Fantastyki 2024 w dniu 24.08 na  
terenie: Sieć Badawcza Łukasiewicz – PORT Polski Ośrodek Rozwoju Technologii ul.  
Stabłowicka 147 we Wrocławiu.

Oświadczam tym samym zapoznanie się i akceptację regulaminu konkursu.

.....

(Podpis opiekuna prawnego)