



WOŁONTARIAT W MUZEUM POWSTANIA WARSZAWSKIEGO

ZGODA RODZICÓW / OPIEKUNÓW

Wyrażam zgodę na wolontariat mojej córki/mojego syna:

imię _____

nazwisko _____

w Muzeum Powstania Warszawskiego.

podpis rodzica lub opiekuna

Imię i nazwisko rodzica lub opiekuna _____

Numer telefonu _____