



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit gestatte ich meinem Kind LaserTag in der **LASERZONE KIEL** zu spielen.
Es gelten die Spielregeln der **LASERZONE KIEL**. Diese können online auf www.laserzone.de/de/kiel eingesehen werden.

ELTERNTEIL/ERZIEHUNGSBERECHTIGTER:

Name:

Telefon:

Kind 1:

Geburtsdatum:

Kind 2:

Geburtsdatum:

Kind 3:

Geburtsdatum:

Ort, Datum

Unterschrift

