

SZÜLŐI NYILATKOZAT A SÓSZOBA HASZNÁLATÁHOZ

Hozzájárulok, hogy nevű gyermekem a sószobában tartandó foglalkozásokon sóterápiában részesüljön.

A sóterápiáról minden információt megkaptam.

.....

szülő

.....

szülő

Budapest, 20.....