



**LASER COMBAT  
MÁLAGA**

## AUTORIZACIÓN

Yo \_\_\_\_\_ mayor de edad  
con DNI número \_\_\_\_\_ como responsable/tutor del menor  
\_\_\_\_\_ autorizo a este a rea-  
lizar la actividad de Láser Combat /Battlefield en las instalaciones de Láser Combat Málaga /  
Battlefield Málaga el día \_\_\_\_\_.

Firmado: