

SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S KOSMETICKÝM OŠETŘENÍM NEZLETILÉ OSOBY

Já, níže podepsaný/á zákonný/á zástupce nezletilé osoby, tímto uděluji souhlas s provedením kosmetického ošetření mého dítěte/ svěřence ve studiu (název tvého salonu).

1. Osobní údaje nezletilé osoby:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Adresa: _____

2. Osobní údaje zákonného zástupce:

Jméno a příjmení: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

3. Druh ošetření

Ošetření, na které uděluji souhlas (zaškrtni příslušné):

Hydrofacial / Aquapeeling

Oxygenoterapie CO2

Extrakce pórů

Oxygen Facial

Chemický peeling

EMS RF nanoneedling

EMS + RF lifting

Masáž obličeje a šíje

Úprava a barvení obočí

Základní kosmetické ošetření

4. Prohlášení zákonného zástupce

Beru na vědomí, že kosmetické ošetření není lékařským zákrokem.

- Potvrzuji, že nezletilý/á netrpí žádným zdravotním stavem, který by mohl ošetření negativně ovlivnit.
- Beru na vědomí, že výsledky ošetření mohou být individuální a závisí na stavu pleti.
- Souhlasím s tím, že kosmetička může provést ošetření dle potřeby a že byla vysvětlena všechna možná rizika.
- Souhlasím s použitím fotografií pro dokumentaci výsledků (neveřejné, pouze pro záznam)
- ANO NE

5. Prohlášení o odpovědnosti

Tímto potvrzuji, že poskytuji pravdivé a úplné informace o zdravotním stavu nezletilé osoby. Rozumím, že kosmetička nenesे odpovědnost za nežádoucí reakce způsobené nepravdivými nebo neúplnými informacemi o zdravotním stavu mého dítěte.

Datum: _____

Podpis zákonného zástupce: _____

Místo podpisu: _____