



BeautiNess

beauty space

(miejsce i data)

Nazwisko rodzica:

PESEL rodzica:

Nr telefonu rodzica:

Zgoda rodzica/opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na wykonanie przez „BeautiNess” przekłucia u mojego
dziecka: _____

W następującym miejscu na ciele: _____

(czytelny podpis rodzica)