



SOUHLAS S PIERCINGEM U NEZLETILÉ/HO

Jako rodič či zákonný zástupce nezletilé/ho svým podpisem:

- souhlasím s porušením integrity kůže své/ho nezletilé/ho dcery/syna v podobě piercingu ve studiu TATTOO ZONE . Potvrzuji, že jsem před provedením zásahu byl/a poučen/a o jeho povaze, možných rizicích i následné péči a že jsem poučení porozuměl/a.
- potvrzuji, že můj syn/dcera netrpí žádnými zdravotními obtížemi, které by mohly negativně ovlivnit aplikaci či proces hojení (nízký nebo vysoký tlak, epilepsie, diabetes, porucha imunity, porucha srážlivosti krve, alergie, infekční nemoci, žloutenka, HIV apod.). Pokud zde nějaké obtíže či nemoci jsou, nebo pokud můj dcera/syn užívá jakékoliv léky, zavazuji se, že o nich bude piercer/ka před zákrokem informován/a. Uvědomuji si, že v opačném případě hrozí možnost zdravotních komplikací.
- zavazuji se, že dohlédnu, aby můj syn/dcera dbal/a na dodržování zásad péče o piercing, a že pokud i přes jejich dodržení dojde k jakýmkoli zdravotním potížím, které by mohly být přímým důsledkem aplikace piercingu, budu neprodleně telefonicky kontaktovat studio Tattoo Zone.
- souhlasím se zpracováním uvedených osobních údajů.

Jako nezletilý/á zájemce/zájemkyně o piercing

- svým podpisem potvrzuji, že souhlasím s piercingem, že jsem byl/a poučen/a o zákroku, možných rizicích a následné péči a že jsem poučení jsem porozuměl/a. Také potvrzuji, že piercera/ku před zákrokem obeznámím s případnými nemocemi, zdravotními potížemi a užívanými léky. Souhlasím také se zpracováním osobních údajů.

Umístění piercingu (např. obočí, ret, strana nosu):

Jméno a příjmení nezletilého:

Datum narození nezletilého:

Telefon na nezletilého:

Jméno a příjmení rodiče/zákonného zástupce:

Telefon na rodiče/zákonného zástupce:

V..... dne

Podpis rodiče / zákonného zástupce Podpis nezletilého.....