Prohlášení zákonných zástupců pro nezletilé

Souhlasím s tím, aby si můj nezletilý/á syn/dcera ..............................................................

narozen/a dne ........................... nechal/a aplikovat trvalé tetování

v tetovacím salónu.

Svým vlastnoručním podpisem stvrzuji, že můj syn/dcera netrpí žádnými zdravotními

obtížemi, které by mohly negativně ovlivnit aplikaci či proces hojení tetování (epilepsie,

cukrovka, porucha imunity či srážlivosti krve, alergie, nízký tlak). Pokud zde nějaké obtíže či

nemoci jsou, zavazuji se, že o nich bude tatér/tatérka před zákrokem informován/a.

Uvědomuji si, že v opačném případě hrozí možnost zdravotních komplikací.

Vypište případné zdravotní obtíže:

................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

Zavazuji se, že budu dbát na dodržování zásad péče o tetování.

Místo tetování .....................................................

Motiv tetování .....................................................

V .................................... dne..................................

Telefon na rodiče/zákonného zástupce .................................................................

Jméno rodiče/zákonného zástupce ........................................................................

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