

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

narozen/a dne nechal/a aplikovat
trvalé tetování.

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

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

Místo tetování (rameno, záda apod.)

Telefon na rodiče/zákonného zástupce

Jméno rodiče/zákonného zástupce

Podpis rodiče/zákonného zástupce

V dne