**Souhlas zákonného zástupce s provedením piercingu**

Zákonný zástupce:

Jméno…………….………………………..…………………………..

Adresa………………………………………………………………….

Telefon………………………………….………………………………

Nezletilý:

Jméno……………………………………..….…………………….

Adresa………………………………..……..………………………

Telefon………………………………..……………………………

Umístění piercingu………………..………………………….

**Jako rodič/zákonný zástupce nezletilé/ho svým podpisem:**

 • souhlasím s porušením integrity kůže své/ho nezletilé/ho dcery/syna v podobě piercingu v piercingovém studiu Tattoo LEXUS. 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 piercera před zákrokem informovat. 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.

• souhlasím se zpracováním uvedených osobních údajů.

V…………………………………………….. dne………………………………………….

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