



אישור הורה או אפוטרופוס לקטינה

שם הקטינה: _____

תעודת זהות הקטינה: _____

תאריך לידה: _____

שם ההורה / האפוטרופוס: _____

תעודת זהות ההורה / האפוטרופוס: _____

טלפון: _____

אני החתום/ה מטה, הורה / אפוטרופוס חוקי של הקטינה, מאשר/ת כי ידוע לי שהקטינה מבקשת לעבור טיפול אסתטי באזור הגבות, וכי קיבלתי הסבר על מהות הטיפול, על תהליך ההחלמה, על ההנחיות לפני ואחרי הטיפול ועל כך שהתוצאה עשויה להשתנות בהתאם למאפייני העור וההחלמה.

אני מאשר/ת את ביצוע הטיפול לקטינה מרצוני החופשי, לאחר שקיבלתי את המידע הדרוש לי.

שם מלא: _____

חתימה: _____

תאריך: _____

”השלמים הם בהחלט הגבול”