

Samtycke från målsman

Jag som målsman/vårdnadshavare godkänner härmed att mitt barn får utföra följande behandling:

- ☐ Fransförlängning
- ☐ Färgning av fransar och/eller bryn

Jag är informerad om att behandlingarna kan innebära risk för irritation, rodnad eller allergisk reaktion. Jag intygar att jag har fått möjlighet att ställa frågor och att jag godkänner att behandlingen utförs.

Jag ansvarar för att informera behandlaren om eventuella allergier, överkänslighet, hudproblem eller tidigare reaktioner på kosmetiska produkter.

Barnets namn:

Barnets födelsedatum:

Målsmans/vårdnadshavares namn:

Telefonnummer:

Datum:

Målsmans/vårdnadshavares underskrift:

Behandlarens namn:

Underskrift:

(Behandlingar kan utföras för dig mellan 16-18 år under förutsättning att målsmans samtycke lämnas in. För dig under 16 år utför vi inte behandling.)