

FORMULÁŘ PRO NEZLETILÉ

PIERCING - TETOVÁNÍ

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění, vyžaduje k aplikaci piercingu nebo tetování, jakožto zásahu do tělesné integrity souhlas dotčeného člověka či jeho zákonného zástupce. Proto chceme mít u mladších 18 let potvrzeno, že s piercingem - tetováním souhlasí přímo oni i jejich rodiče nebo jejich zákonný zástupce. To je zárukou toho, že piercing - tetování bude dělat jen radost.

Prohlášení rodiče či zákonného zástupce:

Souhlasím s tím, aby si můj nezletilý/á syn/dcera nechal/a aplikovat piercing - tetování v salonu **STUDIO STYL** v Nymburce. Současně svým podpisem stvrzuji, že jsem před provedením zásahu byl/a poučen/a o povaze zásahu a jeho možných následcích, jakož i následné péči, ve smyslu ustanovení § 93 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, v platném znění. V návaznosti na výše uvedené poučení svým vlastnoručním podpisem stvrzuji, že můj syn/dcera netrpí žádnými zdravotními obtížemi, které by mohly negativně ovlivnit aplikaci či proces hojení piercingu - tetování (epilepsie, cukrovka, porucha imunity, srážlivosti krve, alergie, nízký tlak, infekční nemoci atd.). Pokud zde nějaké potíže či nemoci jsou, zavazuji se, že o nich bude piercer - tatér před zákrokem informován. Uvědomuji si, že v opačném případě hrozí možnost zdravotních komplikací.

Vypíšte případné zdravotní obtíže:

.....

Zavazuji se, že dohlédnu, aby můj nezletilý/á syn/dcera řádně dbal/a na dodržování zásad péče o piercing - tetování (najdete je na mém instagramu dnes.nebonikdy), a že pokud i přes jejich dodržení dojde k jakýmkoli zdravotním potížím, kontaktuji salon **STUDIO STYL** pro řešení.

Prohlášení nezletilého:

1. Souhlasím s umístěním fotografie práce na webu a profilech sociálních sítí salonu **STUDIO STYL** a **DNES.NEBONIKDY**: - **ANO** - **NE**
2. Požaduji vytvoření/upravení fotografie tak, aby nebyla rozeznat má podoba: - **ANO** - **NE**
3. Místo piercingu - tetování (ucho, obočí, záda, ruka apod.).....
4. Jméno a příjmení rodiče / zákonného zástupce
5. Telefon na rodiče / zákonného zástupce

Jméno a příjmení nezletilého

Svým vlastnoručním podpisem níže stvrzuji souhlas s provedením výše popsaného zákroku, jak bylo uvedeno. Stvrzuji současně, že jsem byl/a poučen/a v rozsahu uvedeném výše a poučení jsem porozuměl/a. Svým podpisem stvrzuji, že výše uvedené údaje jsou pravdivé. Osobní údaje ani jiné informace nejsou poskytovány třetím stranám. Jsou archivovány po dobu nejdéle 5 let a poté skartovány.

V Nymburce, dne

STUDIO STYL
BEAUTY SALON

.....
Podpis rodiče / zákonného zástupce

.....
Podpis nezletilého