Anatomia Zdrowia
90-613 Łódź,
ul. Gdańska 74
NIP: PL9522020130

ZGODA RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA NA WYKONANIE ZABIEGU

Ja niżej podpisany/na ……

pesel ……, będąc prawnym opiekunem, wyrażam zgodę na wykonanie masażu/zabiegu ……

u mojego dziecka (imię i nazwisko dziecka)……,

pesel ……

Oświadczam, iż zostałem poinformowany o sposobie przeprowadzenie masażu/zabiegu zapoznałem/am się z przeciwwskazaniami do zabiegu/masażu oraz oświadczam, że moje dziecko nie ma przeciwwskazań do wykonania masażu/zabiegu. Ponadto w czasie zabiegu miałam/em możliwość nieograniczonego uczestnictwa w prowadzonym zabiegu i zadawania pytań.

…… …… ……

miejscowość i data | podpis rodzica/ opiekuna | telefon kontaktowy