



Daniel Pietrusky-Ferreira
Liebermannstraße 50
22605 Hamburg

Vollmacht für eine kosmetische Behandlung von Minderjährigen

Hiermit erlaube ich,
(Erziehungsberechtigter)

Name, Vorname: _____

dass sich unser Kind

Name, Vorname: _____

am (Behandlungstag)

Datum: _____

für folgende Behandlung

Behandlungsart: _____

allein in Ihrem Kosmetikstudio vorstellt. Mit der durchzuführenden Behandlung bin ich einverstanden und stimme dieser zu.

Datum: _____

Unterschrift: _____