

TOESTEMMINGSFORMULIER

GEGEVENS OUDER / VERZORGER

Naam ouder / verzorger	
Geboortedatum	
Telefoonnummer	
E-mail	
Adres	

GEGEVENS MINDERJARIGE

Naam kind	
Geboortedatum kind	
Bijzonderheden / allergieën	

TOESTEMMING BEHANDELING

Ondergetekende geeft hierbij toestemming aan Bella Beauty Smilde om onderstaande behandeling(en) uit te voeren bij zijn/haar minderjarige kind.

Behandeling	Opmerkingen

VERKLARING

Ondergetekende verklaart dat de bovenstaande gegevens naar waarheid zijn ingevuld, toestemming geeft voor de genoemde behandeling(en) en op de hoogte is van de huisregels en voorwaarden van Bella Beauty Smilde.

Plaats	
Datum	
Handtekening ouder / verzorger	
Handtekening Bella Beauty Smilde	