

Einverständniserklärung

Gesetzlicher Vertreter:

| | |
|-----------------------|--|
| Name: | |
| Adresse: | |
| Geb.Datum: | |
| Tel.Nummer: | |
| Ausweis (Art/Nummer): | |

Tochter/Sohn

| | |
|------------|--|
| Name: | |
| Geb.Datum: | |

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass sich mein Sohn/ meine Tochter
_____ ein Tattoo im Studio Black Science machen
lässt.

Mir ist bekannt, dass das Tattoo auf eigenes Risiko meines Sohnes / meiner Tochter erfolgt und jedes Tattoo eine antiseptische Nachbehandlung erfordert, die eigenverantwortlich durchzuführen ist.

Ich habe dieser Einverständniserklärung die Kopie eines gültigen Lichtbildausweises von mir und von meinem Sohn / meiner Tochter beigelegt.

Datum:

Unterschrift: