

**Szülői egyetértési nyilatkozat**

Alulírott \_\_\_\_\_ (szülő) engedélyezem 18 év alatti gyermekem részére testékszer behelyezését.

Testékszer helye /az engedélyezett típus aláhúzendó/:

orr, köldök, fülbelövés

Gyermekem neve: \_\_\_\_\_

Gyermek születési helye: \_\_\_\_\_

Gyermek születési ideje: \_\_\_\_\_

Szülő személyi igazolvány száma: \_\_\_\_\_

A testékszer behelyezésével kapcsolatos felvilágosítást megkaptam és tudomásul vettem. Gyermekem piercing behelyezését kizáró okról vagy betegségről nem tudok.

Elérhetőségi telefonszámom: \_\_\_\_\_

Kelt: \_\_\_\_\_

szülő aláírása