

## DÉCLARATION DE CONSENTEMENT

### TRAITEMENT COSMÉTIQUE DE MINEUR ·E

#### TRAITEMENT COSMÉTIQUE DE MINEUR ·E

NOM \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

#### INFORMATIONS SUR LE/S TITULAIRE/S DE L'AUTORITÉ PARENTALE

TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE 1

ERZIEHUNGSBERECHTIGTE PERSON 2  
(OPTIONAL)

NOM \_\_\_\_\_

NOM \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE/E-MAIL \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE/E-MAIL \_\_\_\_\_

#### TYPE DE TRAITEMENT SOUHAITÉ

JE/NOUS DONNE/ONS LE CONSENTEMENT POUR LE(S) TRAITEMENT(S) COSMÉTIQUE(S)  
SUIVANT(S) :

SOINS DES ONGLES (P. EX. GEL, ACRYLIQUE, MANUCURE, PÉDICURE)

SOINS DES CILS (P. EX. EXTENSION DE CILS)

SOINS DU VISAGE (P. EX. NETTOYAGE, SOINS DU VISAGE)

#### CONSENTEMENT

PAR LA PRÉSENTE, JE/NOUS AUTORISE/ONS L'EXÉCUTION DU/DES TRAITEMENT(S)  
COSMÉTIQUE(S) MENTIONNÉ(S) CI-DESSUS SUR LE/LA MINEUR ·E.

LIEU / DATE \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ  
PARENTALE1 \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ  
PARENTALE 2 (OPTIONEL) \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU/DE LA MINEUR ·E \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU/DE LA PROFESSIONNEL ·LE \_\_\_\_\_