

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

TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE 2
(OPTIONEL)

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 _____