

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG**  
**Minderjährige**

Hiermit erkläre ich

\_\_\_\_\_  
(Vor-und Nachname des Elternteils) mich einverstanden, dass  
meine Tochter/ mein Sohn

\_\_\_\_\_  
(Name des Kindes), geboren am \_\_\_\_\_  
bei Pour la Beauté behandelt werden darf.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Elternteil

Auszufüllen vom Studio:

\_\_\_\_\_  
Erhalten am (Datum)

Stempel des Studios: