

Zgoda na wykonanie zabiegu u osoby niepełnoletniej za zgodą opiekuna prawnego

Depilacja woskiem jest zabiegiem inwazyjnym. Dokładamy należytych starań i stosujemy się do najwyższych standardów, aby zabieg przebiegł bez komplikacji. Mimo wszystko w trakcie depilacji może dojść do uszkodzenia naskórka, polegającego na: zerwaniu wierzchniej warstwy naskórka, przerwaniu jego ciągłości, podrażnieniach. W skrajnych przypadkach depilacja może wywoływać reakcje stresowe lub konsekwencje tych reakcji na poziomie fizjologicznym.

Dlatego nie zalecamy wykonywania zabiegów u osób niepełnoletnich, jeśli nie zachodzi ku temu szczególna konieczność oraz przełożenie zabiegu na późniejszy termin w przypadku występowania przeciwwskazań takich jak **m.in. zły stan skóry - jej mocne podrażnienie lub wysuszenie, poparzenia słoneczne, choroby skóry, przyjmowanie w jakiejkolwiek postaci leków z retinolem lub pochodną witaminy A, zbyt krótkie lub zbyt długie włosy na depilowanej partii ciała, ciąża (szczególnie zaawansowana).**

Z uwagi na wykonanie zabiegu depilacji w salonie Time for Wax Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, ul. Narbutta 82, 02-529 Warszawa, KRS 0000497869, REGON: 147104560, NIP: 5213666292 („**TFW**”), u osoby niepełnoletniej, oświadczam, że:

1. wyrażam zgodę na wykonanie przez personel TFW u ……………………………………., w wieku ……… zabiegu/zabiegów depilacji następujących partii ciała …………………………………….;
2. jestem pełnoprawnym opiekunem dziecka, którego dotyczy niniejsza zgoda oraz że nie jestem ograniczony/a w zdolności do czynności prawnych umożlwiających podpisanie tej zgody;
3. oświadczam, że nie ma przeciwskazań zdrowotnych do wykonania zabiegu / oświadczam, że jestem świadoma/my występowania u dziecka następujących przeciwwskazań do wykonania zabiegu: ……………………………………., a zabiegi są wykonywane na moją odpowiedzialność;\*
4. zapoznałam/-em się z Regulaminem Salonów TFW i zobowiązuję się do jego przestrzegania oraz zgadzam się z jego postanowieniami.

\*- niepotrzebne skreślić

Imię i nazwisko kosmetyczki wykonującej zabieg:

Data i podpis opiekuna prawnego

Salon wykonania zabiegu:

\*Wyrażenie dobrowolnej zgody mimo przeciwwskazań skutkuje ustaniem jakichkolwiek roszczeń oraz możliwości reklamacji wykonanego zabiegu ze względu na powstałe uszkodzenia naskórka lub inne powikłania zdrowotne, ponieważ klientka/klient oraz opiekun prawny byli o nich pouczeni i podpisano niniejszy dokument.