

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Minderjährige

Hiermit erkläre ich _____

(Vor-und Nachname des Elternteils) mich einverstanden, dass

meine Tochter/ mein Sohn _____

(Name des Kindes), geboren am _____

bei Senzera behandelt werden darf.

Ort, Datum

Unterschrift Elternteil

Auszufüllen vom Studio:

Erhalten am (Datum)

Stempel des Studios: