

Einwilligung zum Ohrlochstechen

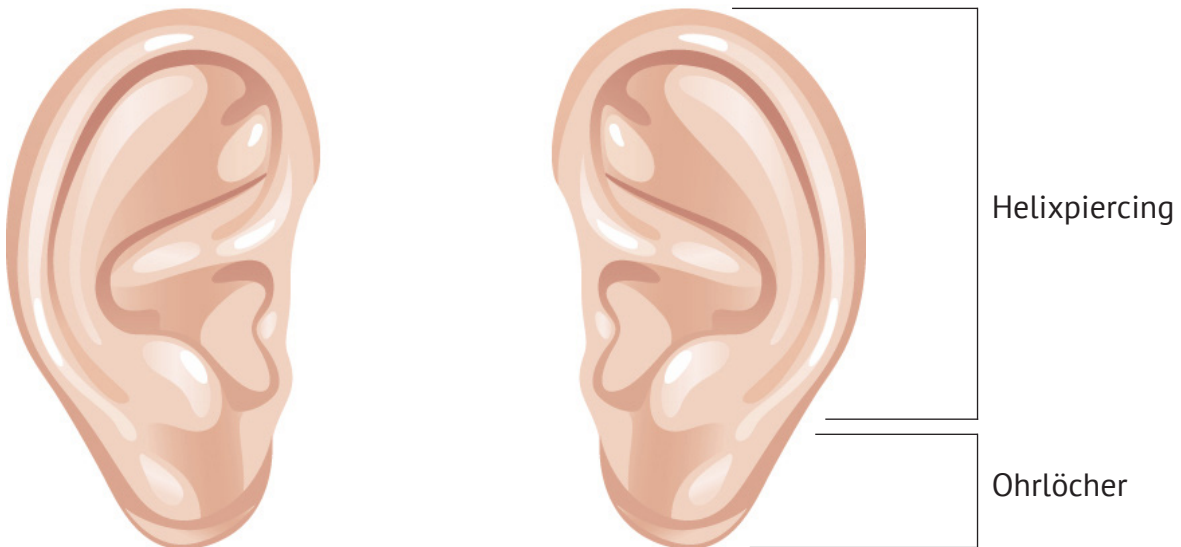
Hiermit bestätige ich, dass

Vorname _____ Name _____

Geburtsdatum _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ein Ohrloch | <input type="checkbox"/> zwei Ohrlöcher |
| <input type="checkbox"/> ein Helixpiercing | <input type="checkbox"/> zwei Helixpiercing |

stechen darf. Bitte entsprechendes Ankreuzen und auf untenstehende Skizzen markieren wo gestochen werden soll.



Vorname / Name gesetzlicher Vertreter: _____

Unterschrift gesetzlicher Vertreter: _____

Wichtig: Bitte Ausweis sowie auch Kopie eines amtlichen Ausweises des gesetzlichen Vertreters mitbringen.