



AUTORISATION PARENTALE LISSAGE OU BOTOX CAPILLAIRE

Je soussigné(e) :

Nom et prénom du parent/tuteur légal :

Adresse :

Téléphone :

Autorise ma fille :

Nom et prénom :

Date de naissance :

À bénéficier d'une prestation de lissage ou botox capillaire réalisée par Glamoé Hair.

■ Informations :

- Prestations esthétiques avec produits spécifiques.
- Risques possibles : irritations, allergies, sensibilité cuir chevelu, résultat variable, entretien nécessaire.
- J'ai eu toutes les réponses à mes questions.

■■ Décharge :

- Glamoé Hair n'est pas responsable en cas d'allergie, intolérance, résultat insatisfaisant ou problème lié à l'entretien.
- Autorisation donnée librement et en connaissance de cause.

✍ ■ Signature :

Fait à, le/...../.....

Signature du parent/tuteur légal :

(« Bon pour autorisation »)