

## ZGODA RODZICÓW (PRAWNYCH OPIEKUNÓW) NA WYKONANIE MASAŻU / ZABIEGU

Ja niżej podpisany(na) wyrażam zgodę na wykonanie masażu/zabiegu mojego dziecka

-----  
imię i nazwisko dziecka

-----  
/data urodzenia

-----  
pesel

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z przeciwwskazaniami do masażu oraz oświadczam, że moje dziecko nie ma przeciwwskazań do wykonania masażu/zabiegu.

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis rodzica/ opiekuna/

.....  
telefon kontaktowy