



FICHA DE ATENCIÓN
AUTORIZACIÓN PARA MENORES DE EDAD

Mediante la presente, yo, _____ autorizo a mi menor hija(o) _____ a realizarse el/los siguientes servicio/os:

	LASHLIFT
	EXTENSIONES DE PESTAÑAS
	VISAGISMO DE CEJAS
	BROW LAMINATION
	CEJAS SEMIPERMANENTE (MICROBLADING, MICROSHADING, POWDER BROWS)
	DEPILACION DE CEJAS
	DEPILACION ROSTRO COMPLETO
	LIMPIEZA FACIAL
	OTROS

He recibido información completa sobre el tratamiento a realizar, duración y costo.

Con el objetivo de demostrar nuestra relación de parentesco, se adjunta copia de mi documento de identidad.

FIRMA

DNI _____

PARENTESCO _____