

ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO NA WYKONANIE USŁUGI KOSMETYCZNEJ U OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ

Julia Kowalska Academy & Studio ul. Nowy Świat 8/1a, 62-020 Swarzędz | NIP:
7831942777

I. DANE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

Imię i Nazwisko:

.....

Telefon kontaktowy (do weryfikacji):

.....

II. DANE OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ (DZIECKA)

Imię i Nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

III. OŚWIADCZENIA I ZGODY

Jako rodzic / opiekun prawny wyżej wymienionej osoby niepełnoletniej:

- [ZGODA NA ZABIEG]** Wyrażam zgodę na wykonywanie u mojego dziecka zabiegów stylizacji paznokci (manicure hybrydowy / żelowy / pielęgnacyjny) w Julia Kowalska Academy & Studio.
- [BRAK PRZECIWWSKAZAŃ]** Oświadczam, że moje dziecko jest zdrowe.
Wykluczam występowanie:
 - Chorób zakaźnych skóry i paznokci (grzybica, drożdżycza, brodawki/kurczaki, stany zapalne).
 - Alergii na produkty kosmetyczne (w tym akryl, żel, aceton, metale).
 - Biorę na siebie pełną odpowiedzialność za ewentualne reakcje alergiczne lub powikłania wynikające z zatajenia powyższych informacji.*
- [ŚWIADOMOŚĆ RYZYKA]** Jestem świadomy/a, że stylizacja paznokci jest zabiegiem chemicznym i mechanicznym. W przypadku niezastosowania się dziecka

do zaleceń po zabiegu (np. zrywanie masy, obgryzanie, brak pielęgnacji), Salon nie ponosi odpowiedzialności za uszkodzenia naturalnej płytki.

4. **[PŁATNOŚĆ]** Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonanej usługi zgodnie z obowiązującym cennikiem. Przyjmuję do wiadomości, że płatność następuje bezpośrednio po wykonaniu zabiegu w recepcji Salonu (gotówką lub kartą). Salon nie realizuje płatności odroczonych ani przelewów "na później".
5. **[REGULAMIN]** Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Salonu (dostępnym na stronie www i w lokalu) i akceptuję jego postanowienia, w tym zasady odwoływania wizyt.

IV. WIZERUNEK (Opcjonalne)

Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykonanie zdjęcia dłoni/paznokci mojego dziecka (bez wizerunku twarzy) i jego publikację w mediach społecznościowych Salonu w celach prezentacji efektów pracy (portfolio).

☐ TAK, WYRAŻAM ZGODĘ / ☐ NIE WYRAŻAM ZGODY

..... (Miejscowość, Data)

..... (CZYTELNY PODPIS RODZICA)

Podpisując dokument, oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą RODO poniżej.

KLAUZULA INFORMACYJNA RODO (DLA RODZICA I DZIECKA)

Zgodnie z art. 13 RODO informujemy, że:

1. **Administrator:** Administratorem danych osobowych Pani/Pana oraz dziecka jest Julia Kowalska Academy & Studio, ul. Nowy Świat 8/1a, 62-020 Swarzędz.
2. **Cel:** Dane przetwarzane są w celu: realizacji usługi kosmetycznej i weryfikacji zgody rodzica (art. 6 ust. 1 lit. b RODO), ochrony zdrowia/weryfikacji alergii (art. 9 ust. 2 lit. a RODO), ewentualnego dochodzenia roszczeń (art. 6 ust. 1 lit. f RODO) oraz marketingu/wizerunku – jeśli wyrażono zgodę (art. 6 ust. 1 lit. a RODO).
3. **Odbiorcy:** Dane mogą być przekazywane podmiotom obsługującym Salon (księgowość, system rezerwacji).
4. **Prawa:** Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści danych, ich sprostowania, usunięcia, cofnięcia zgody oraz wniesienia skargi do Prezesa UODO.
5. **Dobrowolność:** Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do wykonania usługi u osoby niepełnoletniej. Dane będą przechowywane przez okres przedawnienia roszczeń (3 lata).