



OCTOPUS
obrta za usluge i trgovinu
vl. Irena Milina
Gjure Deželića 23, Zagreb

RODITELJSKA DOZVOLA ZA PIRSANJE MALOLJETNE OSOBE

IME I PREZIME RODITELJA: _____

ADRESA STANOVANJA: _____

BR. OSOBNE ili OIB: _____

IME I PREZIME MALOLJETNIKA: _____

ADRESA STANOVANJA: _____

DATUM ROĐENJA: _____

Dozvoljavam svom sinu/kćeri pirsanje u "OCTOPUS" piercing studiju. Dozvola vrijedi za slijedeće piercinge:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> UŠNA RESICA 12+ god. | <input type="checkbox"/> SMILEY 14+ god. |
| <input type="checkbox"/> PROŠIRENJE RESICE 16+ god. | <input type="checkbox"/> BRIDGE 15+ god. |
| <input type="checkbox"/> UŠNA HRŠKAVICA 14+ god. | <input type="checkbox"/> PUPAK 15+ god. |
| <input type="checkbox"/> OBRVA 14+ god. | <input type="checkbox"/> JEZIK 16+ god. |
| <input type="checkbox"/> NOS 14+ god. | <input type="checkbox"/> USNICA 14+ god. |
| <input type="checkbox"/> SEPTUM 15+ god. | |

U _____, dana _____

Potpis roditelja: _____