

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT - FICHE PERSONNELLE

Nom Prénom Pronoms

Prénom d'usage si différent de la pièce d'identité.....

Date de naissance Téléphone

Email :

Acceptes-tu que je t'envoie des courriels promotionnels de temps à autres (action, évènements spéciaux, nouveaux produits, etc) ? oui / non

Le présent document sert à collecter des informations sur ta santé, afin que la tatoueuse puisse évaluer si une intervention de tatouage n'est pas recommandée, voire impossible. Il sert également de décharge pour la tatoueuse en cas de litige (Fors juridique Vaud).

Toutes les données personnelles sont traitées de manière confidentielle. Si tu devais retenir des informations de nature à mettre en danger la santé d'autrui ou la tienne dans le cadre de ce tatouage, des poursuites légales pourraient être entreprises contre toi.

Merci de répondre en cochant l'une des deux cases	OUI	NON
As-tu des maladies dermatologiques chroniques ou allergies ?		
As-tu une maladie infectieuse, transmissible par le sang (HIV, hépatites, etc.) ?		
Suis-tu un traitement anticoagulant ou à base de cortisone ?		
Es-tu diabétique ou hémophile ?		
As-tu consommé de l'alcool dans les 4 (quatre) dernières heures ?		
Es-tu sous l'influence de drogue ?		
Es-tu enceint·e·x ?		
Sais-tu que le tatouage peut être douloureux et est permanent ?		
Es-tu sûr·e·x de vouloir être tatoué·e·x ?		
Es-tu en accord avec le motif, sa taille et son emplacement ?		

Motif(s) Emplacement(s)

Déclaration

Je soussigné.e.x atteste avoir pris connaissance des méthodes et moyens utilisés par la tatoueuse, et que toutes les informations à mon sujet sont exactes. De plus, je décharge la tatoueuse de toutes conséquences dues au tatouage, quelle qu'en soit la nature (malaise, infection, allergie, etc.), et déclare en assumer l'entièvre responsabilité.

Je reconnais également avoir pris connaissances des éventuels risques liés au tatouage et à leurs conséquences, même exceptionnelles. Je m'engage en outre à respecter les recommandations de soins de la tatoueuse, afin d'éviter toute infection et de garantir la meilleure cicatrisation possible. J'atteste avoir reçu la fiche de soins recommandés.



Lieu Date Signature