

Informations du représentant légal

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

Numéro de téléphone :

Adresse électronique :

Informations du mineur

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

Numéro de téléphone :

Adresse électronique :

Informations du/des piercing(s)

Type de piercing(s) :

Position(s) sur le corps :

Date :

Informations médicales

Cela doit être rempli par le représentant légal.

Veuillez confirmer que vous avez examiné l'historique médical du mineur et répondu aux questions suivantes en toute sincérité. Vos réponses resteront confidentielles.

| | Oui | Non | Spécifiez |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|
| Le mineur a-t-il des allergies connues ? (par exemple, au latex, aux métaux, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Le mineur a-t-il des conditions médicales qui pourraient affecter la cicatrisation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Le mineur prend-il des médicaments, y compris des médicaments en vente libre, sur ordonnance ou des compléments alimentaires à base de plantes ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Le mineur a-t-il des antécédents de problèmes ou de troubles de la peau ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Le mineur a-t-il des antécédents de troubles de la coagulation ou de problèmes de saignement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Y a-t-il d'autres conditions médicales ou problèmes de santé dont nous devrions être informés ?

Consentement et Renonciation

Veuillez répondre aux questions suivantes de manière honnête. Vos réponses resteront confidentielles.

Initiales

Je donne mon plein consentement pour que le mineur subisse la procédure de piercing décrite ci-dessus. Je comprends que la procédure implique de percer la peau, ce qui comporte des risques tels que des infections, des réactions allergiques et d'autres complications.

J'ai été informé des risques potentiels et des complications associés à la procédure de piercing. J'en ai discuté avec le mineur et j'ai veillé à ce qu'il comprenne les soins après le piercing.

Je confirme que toutes les informations de santé fournies pour le mineur sont exactes et complètes. J'ai divulgué toutes les conditions médicales ou allergies pouvant affecter la sécurité et le succès du piercing.

Je consens à dégager et à tenir Chrysalis Bern, ses employés et ses sous-traitants indemnes de toutes réclamations, dommages ou actions en justice découlant ou liés à la procédure de piercing. Je comprends que cette décharge couvre tous les problèmes découlant de la procédure, à condition que le studio respecte les normes professionnelles.

Je confirme que le mineur choisit de subir cette procédure volontairement et qu'il n'est pas sous l'influence de drogues ou d'alcool. J'ai veillé à ce que le mineur soit pleinement informé de la procédure et de ses implications.

Signatures

En signant ci-dessous, vous reconnaissez avoir lu et compris toutes les informations fournies dans ce formulaire de consentement. Vous acceptez les conditions énoncées et assumez les responsabilités associées à votre procédure de piercing.

Si vous avez des questions ou des préoccupations concernant la procédure ou le contenu de ce formulaire, n'hésitez pas à demander avant de signer. Votre sécurité et votre satisfaction sont nos priorités absolues.

Signature du représentant légal

Date :

Signature du mineur :

Date :

Signature du perceur :

Date :
