

Vos informations

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

Numéro de téléphone :

Adresse électronique :

Informations sur le(s) piercing(s)

Type de piercing(s) :

Position(s) sur le corps :

Date :

Informations médicales

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
Avez-vous des allergies connues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Avez-vous des conditions médicales qui pourraient affecter la cicatrisation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Prenez-vous 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"/>	<hr/>
Avez-vous des antécédents de problèmes ou de troubles de la peau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Avez-vous des antécédents de troubles de la coagulation ou de problèmes de saignement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>

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

Consentement et Renonciation

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

Initiales

Je comprends qu'un piercing implique de percer la peau, et qu'il y a donc un risque d'infection, de réaction allergique et d'autres complications.

J'ai été informé des instructions de soin après le piercing et je comprends l'importance de les suivre.

Je confirme que je ne suis pas sous l'influence de drogues ou d'alcool et que je suis pleinement capable de prendre une décision éclairée.

Je comprends que le perceur utilisera du matériel stérilisé et suivra des normes professionnelles pour minimiser les risques.

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 mon piercing.

Je reconnais que toutes les questions concernant la procédure ont reçu une réponse satisfaisante.

(Pour les mineurs) J'ai apporté « l'Autorisation Parentale » signée par l'un de mes représentants légaux.

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 acceptez 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 client :

Date :

Signature du perceur :

Date :
