

DECHARGE DE RESPONSABILITÉ POUR LA MISE EN PLACE D'UN PIERCING

NOM :

PRÉNOM :

ÂGE :

ADRESSE :

L'accord suivant est conclu entre le client ci dessus et l'entreprise individuelle ÉTERNEL ART. En signant ce formulaire, vous nous laissez savoir que vous comprenez le sérieux et les risques du piercing.

Je soussigné (Nom et prénom) _____ demande à ÉTERNEL ART de percer mon, ma, mes _____ et libère par ceci Éternel Art et de toute responsabilité, réclamation, action et demande.

J'assume par ceci volontairement tous les risques ou dommages du ou lié à mon(mes) piercing(s). Je suis âgé(e) de 18 ans révolue ou si je suis mineur j'ai une autorisation parentale. avec les documents d'identités demandé (pièces d'identités et livret de famille si nom différent).

Le soussigné décharge Éternel Art de toutes conséquences dues au piercing, de quelque nature qu'elle soit (perte de connaissance, rejet, surinfection, allergie, etc...) et déclare en assumer l'entière responsabilité. Toute poursuite judiciaire, pénale ou autre est donc exclue. Je comprends que je serai percé en utilisant des instruments stériles et à usages unique et des techniques appropriés.

Pour assurer la bonne cicatrisation de mon piercing, j'accepte de suivre les procédures de soins décrites dans la feuille de soin remis lors du RDV. La fiche de soin recense également des informations liés à l'acte de perçage, et que je reconnais avoir lue et compris.

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

J'ai des symptômes du COVID-19	OUI / NON
J'ai l'hépatite B, C	OUI / NON
Je suis en traitement (méthadone)	OUI / NON
J'ai des problèmes de sang	OUI / NON
Je suis une thérapie avec anticoagulants	OUI / NON
Je suis enceinte	OUI / NON
Je suis diabétique	OUI / NON
Je suis hémophile	OUI / NON
Allergies :	
Type d'allergie	_____
Allergies au latex	OUI / NON
Peau :	
J'ai une cicatrice sur la zone à percer	OUI / NON
Je souffre d'épilepsie	OUI / NON
Je suis actuellement enrhumé	OUI / NON
Je suis en traitement médical	OUI / NON
Je suis sujet à l'évanouissement et/ou chutes de tension	OUI / NON
Maladies et problèmes de la peau	OUI / NON Si oui lesquelles _____
Sensibilité au métal et allergies:	OUI / NON Si oui lesquels _____

Je déclare que les informations communiquées dans le présent document (décharge et questionnaire de santé) sont vraies et correctes.

Date et signature
(Précédé de la mention lu et approuvée)