



INSTITUT DE BEAUTÉ SALON DE TATOUAGE

www.odelys.net - 02.40.96.19.79

## Décharge de responsabilité

Ce document sert à collecter des informations sur la santé du client, afin que le pierceur puisse évaluer si une intervention de piercing est possible ou non. Il sert également de décharge de responsabilité pour le pierceur en cas de litige.

Toutes données personnelles sont traitées de manière confidentielle. Si vous devez taire délibérément des informations qui pourraient compromettre la sécurité du pierceur ou de la clientèle, des poursuites légales pourraient être entreprises contre vous.

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Numéro de téléphone : .....  
Emplacement du piercing : .....  
Prix du piercing : .....

### Questionnaire :

- Êtes-vous majeur ? Oui Non
- Avez-vous des problèmes cardiaques ou de circulation sanguine ? Oui Non
- Avez-vous des problèmes dermatologiques ? Oui Non
- Avez-vous des maladies infectieuses transmissibles par le sang (hépatite, B, C, VIH, etc...) Oui Non
- Suivez-vous un traitement anticoagulant ? Oui Non
- Êtes-vous hémophile ou diabétique ? Oui Non
- Avez-vous consommé de l'alcool dans les dernières 24 heures ? Oui Non
- Êtes-vous sous l'influence de drogues ? Oui Non
- Êtes-vous enceinte ? Oui Non

J'atteste par la présente décharge, avoir pris connaissance des méthodes et moyens utilisés par le pierceur et que toutes les informations sont exactes. De plus, je décharge le pierceur de toutes conséquences dues au piercing ou aux mauvais soins (allergies, infections, malaise, etc...) et déclare en assumer l'entière responsabilité.

Je reconnais également avoir pris connaissance des éventuels risques liés au piercing et à leurs conséquences, même exceptionnelles. Je m'engage à respecter les recommandations des soins du pierceur, afin d'éviter toutes infections et de garantir la meilleure cicatrisation possible.

Fait à : ..... Date : .....

Signature client :

Signature pierceur :