

AUTORISATION D'ACTE DE PIERCING SUR UNE PERSONNE MINEUR

Informations concernant la personne sur laquelle est pratiqué l'acte du piercing

Je soussigné :

NOM : Prénom :

Adresse: CP : Ville :

Téléphone :/...../...../...../.....

Mail :@.....

Date de naissance : / /

RESPONSABLE LÉGAL en tant que (père, mère, tuteur légal)

de l'enfant :

NOM : Prénom :

Date de naissance : / /

Autorise l'Institut Céleste à pratiquer un acte de piercing sur la partie du corps suivante :

(arcade, nez, hélix, tragus...)

Contrat client – pierceur

oui - non

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Antécédents d'allergies ?
(Latex, anesthésiques, antiseptiques, nickel, chrome...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Antécédents de maladies dermatologiques ?
(Eczéma, psoriasis, sarcoïdose, urticaire...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Troubles de cicatrisation lors d'interventions antérieures ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Diabète ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Problèmes cardiaques ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Asthme ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Epilepsie, épisodes répétés de syncope ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hémophilie ou tendance anormale aux saignements ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Cancers ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous pris des médicaments récemment (anticoagulants, anti-inflammatoire ...) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Porteur du VIH, hépatite B ou C ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Grossesse en cours ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Autorise l'Institut Céleste à photographier et exploiter les clichés du piercing sans limitation de durée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Avertissements

Je certifie par ma signature avoir répondu au questionnaire en toute honnêteté et en connaissance de mon état de santé actuel et qu'il ne contre-indique en rien avec la pratique du piercing. Je m'engage à respecter scrupuleusement les soins à apporter à mon piercing ainsi que les précautions nécessaires au bon déroulement de la cicatrisation.

Je certifie également par ma signature avoir pris connaissance des éventuelles réactions et complications durant l'acte du perçage (nausées, évanouissement, vomissement, ect...) ainsi que les réactions et les complications dès ma sortie du studio (chéloïde, rejet, infection, ect...) et que je ne pourrai en aucun cas tenir pour responsable l'Institut Céleste en cas de complication.

L'institut Céleste travaille selon les règles d'hygiène rigoureuses demandées par l'ARS (Agence Régionale de Santé). L'institut Céleste décline toutes responsabilités en ce qui concerne l'hygiène et les soins donnés dès la sortie du studio.

Je certifie avoir pris connaissance des conditions générales affichées dans le studio et les accepte. Conditions générales qui se trouvent également sur les réseaux sociaux.

(Mention « Lu et approuvé »)

Montval sur Loir

le: ____ / ____ /2024

Signature responsable légal

Signature du mineur



Toute fausse déclaration fera l'objet de poursuites au tribunal compétent