Matatoueuse
STUDIO TATOUAGE

| Nom | Prénom | Date de naissance |
|---|---|---|
| | | |

| Veuillez répondre en cochant l'une des cases suivantes | OUI | NON |
|---|---|---|
| -Avez-vous des problèmes cardiaques ou de circulation sanguine ? | | |
| -Avez-vous des maladies dermatologiques chroniques ? | | |
| -Avez-vous une maladie infectieuse, transmissible par le sang (HIV, hépatite B ou C, etc.) ? | | |
| -Suivez-vous un traitement anticoagulant ou à base de cortisone ? | | |
| -Êtes-vous diabétique ou hémophile ? | | |
| -Avez-vous consommé de l'alcool dans les quatre dernières heures ? | | |
| -Êtes-vous sous l'influence de drogues ? | | |
| -Êtes-vous enceinte ? | | |
| -Savez-vous que le tatouage est douloureux et permanent ? | | |
| -Êtes-vous sûr(e) de vouloir être tatoué(e) ? | | |
| -Êtes-vous en accord avec le motif, sa taille et son emplacement? | | |

3. **Déclaration**

Je soussigné(e) atteste avoir pris connaissance des méthodes et moyens utilisés par le tatoueur, et que toutes les informations à mon sujet sont exactes. De plus, je décharge le tatoueur de toutes conséquences dues au tatouage, quelle qu'en soit la nature (malaise, infection, allergie, etc.), et déclare en assumer l'entière responsabilité.

Je reconnais également avoir pris connaissances des éventuels risques liés au tatouage et à leurs conséquences, même exceptionnelles. Je m'engage en outre à respecter les recommandations de soins du tatoueur, afin d'éviter toute infection et de garantir la meilleure cicatrisation possible. J'atteste avoir reçu la fiche « Soins post-tatouage »

**Saint- Jerome**

Lieu ..... Date .....

| Signature du client | Signature des parents ( si -18 ans ) | Signature du tatoueur |
|---|---|---|
| | | |

.-.-.-