

# Formulaire de consentement



## Informations du client

### Nom complet

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
jj/mm/aaaa

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse :

### Questionnaire pré-tatouage

Êtes vous sous l'influence de drogues ou d'alcool ? Oui  Non

FEMME SEULEMENT : Êtes vous enceinte ou allaitez-vous ? Oui  Non

Avez-vous des maladies transmissibles par le sang : Oui  Non

Avez-vous des maladies de peau (Ex. Éruptions cutanées, eczéma, infection, psoriasis, taches de rousseur, etc.) Oui  Non

Si oui, merci de mentionner ci-dessus :

Antécédents médicaux (ex. diabète, maladies cardiovasculaires, épilepsie, maladies liées au sang, etc.) Oui  Non

Si oui, merci de mentionner ci-dessus :

## Reconnaissance et Renonciation



- Je comprends que cette procédure est un changement permanent de ma peau et de mon corps.
- J'autorise mon tatouage à être photographié et à être utilisé pour le portfolio de Jolianne Artiste.
- J'accepte que le studio ne dispose d'aucun moyen d'identifier si je suis allergique aux éléments ou ingrédients qui seront utilisés pour mon tatouage.
- Je comprends que je dois m'occuper du tatouage en suivant les instructions qui me sont données par Jolianne Artiste
- Je comprends que je pourrais contracter une infection si je ne respecte pas les instructions qui m'ont été données concernant l'entretien de mon tatouage.
- Je dégage Jolianne Artiste de toutes réclamations, dépenses, dommages et responsabilités.
- Je confirme que les informations que j'ai fournies dans ce document sont exactes et véridiques.

Date de la signature : \_\_\_\_\_  
jj/mm/aaaa

Signature du client : X \_\_\_\_\_