

NO NAME PIERCING – TATTOO INSCRIPTION



NOM / PRENOM:

ADRESSE:

N° POSTAL ET LIEU

N° DE TEL OU PORTABLE :

ADRESSE E.MAIL :

DATE DE NAISSANCE :

EMPLACEMENT DU PIERCING:

ETES-VOUS ACCUTELLEMENT EN TRAITEMENT : OUI / NON

PRENEZ-VOUS REGULIETEMENT DES MEDICAMENTS : OUI / NON

SI OUI LEQUELS ?

VOUS - ETES VOUS SOUMIS(E) A UN TEST H.I.V. (SIDA) ? OUI / NON

SI OUI, RESULTAT ?

SOUFFREZ-VOUS OU AVEZ VOUS SOUFFERT DE MALADIES DE DEPENDANCE (DROGUE, MEDIC, ALCOOL) ? OUI / NON

ETES-VOUS ACCTUELLEMENT ENCEINTE ? OUI / NON

SOUFFREZ-VOUS OU AVEZ VOUS SOUFFERT DE :

MALADIES DU SYSTEME RESPIRATOIRE ? (ASTHME, ECT.....)..... OUI / NON

MALADIES DU SYSTEME NERVEUX ? (EPILEPSIE, MIGRAINES, VERTIGES)..... OUI / NON

MALADIES DE LA PEAU ? (ALLERGIES, ECZEMEA).....OUI / NON

PIERCING DE LA LANGUE:

EN CAS D'ASTHME OU AUTRES AFFECTIONS RESPIRATOIRES, LE PIERCING DE LA LANGUE EST DECONSEILLE.

DECHARGE:

NOUS (NO NAME PIERCING -TATTOO) TRAVAILLONS SELON LES REGLES D'HYGIENES LES PLUS RIGOUREUSES PRATIQUEES DANS LA PROFESSION (STERILISATEUR, AIGUILLES ET MATERIEL A USAGE UNIQUE, ETC...).NOUS DECLINONS TOUTE RESPONSABILITE EN CE QUI CONCERNE L'HYGIENE ET SOINS A DONNER A VOTRE PIERCING, CECI DES LA SORTIE DE NOTRE ETABLISSEMENT.

JE DECLARE PAR MA SIGNATURE AVOIR REPONDU COMPLETEMENT ET CONFORMEMENT A LA VERITE AUX QUESTIONS ET ATTESTE QUE LES REPONSES ECRITES OU TRANSMISES SONT CONFORMES ET CORRESPONDENT A LA VERITE. EN OUTRE, JE CONFIRME PAR MA SIGNATURE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DES EVENTUELS DANGER ET SUIS ENTIEREMENT CONSCIENT QUE JE NE POURRAIS TENIR POUR RESPONSABLE, NO NAME PIERCING - TATTOO, EN CAS DE COMPLICATION LORS DE LA POSE DU PIERCING (EVANOUISSEMENT, VOMISSEMENT, ETC...) OU DES MA SORTIE DU MAGASIN (INFECTIONS, REJETS, etc...)

NEUCHATEL, LE : _____ SIGNATURE: _____