



38 rue du faubourg de Saverne
67000 STRASBOURG
Tel : 0388222970

Consentement éclairé pour la réalisation d'un tatouage ou maquillage permanent

Je soussigné : _____

Photocopie de la pièce d'identité au verso obligatoire

Conformément à l'arrêté du 3 décembre 2008 relatif à l'information préalable à la mise en oeuvre des techniques de tatouage ou maquillage permanent par effraction cutanée, atteste que :

1. Vous m'avez remis l'information prévue par le dit arrêté.
2. Vous m'avez informé de manière claire et détaillée :
-du caractère éventuellement douloureux des actes ;
-des risques d'infections ;
-des précautions à respecter après la réalisation des techniques, notamment pour permettre une cicatrisation rapide.
-du temps de cicatrisation adapté à la technique qui a été mise en oeuvre et des risques cicatriciels ;
-du caractère irréversible des tatouages impliquant une modification corporelle définitive ;
-les risques allergiques notamment liés aux encres de tatouage.
3. Vous avez procédé à la recherche de contre-indications au geste et que je vous ai fait part des maladies, traitements et interventions éventuels que j'ai à ce jour (voir encadré ci-dessous).
4. Vous m'avez expliqué les détails de l'acte en termes clairs et avez répondu à toutes mes questions.

C'est pourquoi, après un délai de reflexion suffisant ainsi qu'une évaluation sérieuse, je vous donne mon

consentement à la réalisation d'un tatouage ou maquillage permanent sur la zone suivante : _____

RECHERCHE DE CONTRE-INDICATIONS

Maladies	Prise de médicaments	Allergies	Cas particuliers
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Maladies de peau (psoriasis, eczéma...) ♦ Hémophilie ♦ Diabète ♦ Cancer ♦ Déficit immunitaire ♦ Problèmes cardiaques 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Anticoagulant ♦ Corticoïde ♦ Anti inflammatoire ♦ Aspirine ♦ Chimiothérapie ♦ Antibiotique ♦ Traitement contre l'acné 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Antiseptique (iode...) ♦ Latex ♦ Nickel 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Grossesse ♦ Récente prise d'alcool ♦ Stupéfiants ♦ Chéloïde / Cicatrice hypertrophique ♦ Epilepsie ♦ Malnutrition ♦ Herpès

**Lors de la prise de votre rendez-vous, un acompte de 30% sur le montant total du tatouage vous sera demandé.
Cet acompte sera perdu en cas de rendez-vous manqué et non signalé avant 48h.**

Fait le : _____ à :

Adresse e-mail :

Date du tatouage ou maquillage permanent :

Heure de votre rendez vous :

Numéro de téléphone :

Prix du tatouage :

Acompte :

Signature du client :

Signature du professionnel :