

# FICHE DE CONSENTEMENT

## INFORMATIONS

. Nom / Prénom : .....

. Date de naissance : .....

. Adresse : .....

. Téléphone : ..... Mail : .....

## CONTRAT ENTRE LE CLIENT ET LE TATOUEUR

. Je, soussigné(e), .....,  
déclare avoir pris connaissance des risques liés à la pratique du tatouage.  
. Je certifie avoir plus de 18 ans, être en pleine possession de mes moyens et ne pas être sous l'emprise de drogues ou d'alcool.  
. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais.  
. Je certifie que mon état de santé de ce jour ( maladie, prise de médicaments, pratique d'examen complémentaire ) ne contre-indique en rien la pratique du tatouage et je ne présente, à ma connaissance, aucun problème médical.  
. Je certifie n'avoir utilisé aucun anesthésiant ( local cutané, oral ou intraveineux ).  
. Ma démarche est volontaire.  
. J'autorise par la présente, l'artiste tatoueur *Lydia Garcia-Seignoux ( Semilla - Rennes )*, à me tatouer.  
. Je suis absolument conscient que ce tatouage est permanent et définitif (encre indélébile), pratiqué avec un démodographe intradermique selon les normes d'hygiène en vigueur, avec un jeu d'aiguilles stériles, et que le résultat ne peut être garanti. Une retouche est comprise dans le prix et doit être faite dans un délai de 8 semaines, auquel cas la retouche sera payante.  
. Je m'engage à respecter scrupuleusement les soins à apporter à mon tatouage ainsi que les précautions nécessaires au bon déroulement de la cicatrisation.  
. Que l'acte de pigmentation même conduit avec compétence et dans le respect de la législation comporte des risques. Je comprends et accepte qu'il puisse y avoir les inconvénients suivants : douleurs, gonflements, saignements légers, hématomes, rougeurs, herpès, croutes, diminution ou perte de la couleur.  
. Je m'engage à respecter les conseils qui m'ont été donnés : pas de piscine, pas de hammam, pas de sauna, éviter les expositions au soleil (naturel ou UV), éviter les activités provoquant des sudations ou irritations importantes, et qu'il est nécessaire d'utiliser une crème cicatrisante pendant minimum 3 semaines.  
. Je comprends que la prise de photographies après le travail soit une des conditions de la procédure et je l'accepte sans demander de contre-partie financière en cas d'utilisation de celles-ci pour tout support qu'il soit.

## QUESTIONNAIRE MEDICAL

Entourez ou barrez les réponses.

Etes-vous sous traitement médical : OUI NON Précisez : .....

Etes-vous ou avez-vous eu :

Diabétique / Hémophile / Maladie auto-immune / Transplanté / Hépatite A B C / Porteur du VIH / Syncope /  
Enceinte ou allaitante / Problèmes cardiaques / Problèmes de thyroïde / Allergies / Asthme / Epilepsie /  
Troubles de la cicatrisation lors d'intervention antérieure / Cancer / Problèmes de peau ( eczéma, psoriasis ... )  
Autres NON

Précisions : .....

Avez-vous pris : Anti-coagulants / Anesthésiants / Médicaments autres : Lesquels .....

Si vous avez répondu « OUI » , un certificat médical serait apprécié pour éviter tous les risques éventuels.

**Après avoir pris connaissance des risques et conditions de la pigmentation.**

**Signature pour accord de pigmentation après avoir lu et approuvé le contenu et les recommandations :**

**Faire précéder la signature de la mention « Lu et Approuvé »**

Le ..... À .....