



SABOTEUR

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT INFORMATION ET CONSEIL SUR LES PIERCINGS

DONNÉES

Prénom, Nom

Date de naissance, Âge

Rue, Numéro

Adresse électronique

Code postal, Lieu

Activité actuelle

Numéro de téléphone

N° de pièce d'identité

INFORMATIONS RELATIVES À LA PERSONNE

Répondez honnêtement aux questions suivantes. Une fausse déclaration peut entraîner des risques pour la santé. Des restrictions personnelles et de santé, des maladies chroniques ou encore une forte consommation de médicaments peuvent entraîner le rejet du piercing.

Veuillez cocher, le cas échéant, faites un commentaire si nécessaire :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> J'ai mangé et bu aujourd'hui. | <input type="checkbox"/> Maladie cutanée |
| <input type="checkbox"/> Hépatite A, B, C, D, E, F | <input type="checkbox"/> Épilepsie |
| <input type="checkbox"/> Infection au VIH (SIDA) | <input type="checkbox"/> Allergies |
| <input type="checkbox"/> Diabète sucré | <input type="checkbox"/> Grossesse |
| <input type="checkbox"/> Hémophilie (maladie de la coagulation) | <input type="checkbox"/> Sous influence de l'alcool |
| <input type="checkbox"/> Traitement anticoagulant | <input type="checkbox"/> Sous influence de la drogue |
| <input type="checkbox"/> Maladie auto-immune | <input type="checkbox"/> Sous influence médicamenteuse |
| <input type="checkbox"/> Immunodéficience héréditaire | <input type="checkbox"/> Je suis enceinte ou j'allait |
| <input type="checkbox"/> Immunosuppression | <input type="checkbox"/> Je souhaite obtenir une copie de ce consentement |
| <input type="checkbox"/> Infection fébrile aiguë | <input type="checkbox"/> Des photos de moi peuvent être publiées à des fins publicitaires |

SIGNATURES NÉCESSAIRES

JE CONSENS À LA POSE D'UN PIERCING

Un piercing constitue une blessure corporelle. Je sais que cela peut être douloureux. Les risques et complications possibles, les instructions de soins, ainsi que la procédure elle-même m'ont été expliqués de façon compréhensible. En outre, les instructions de soins m'ont été remises par écrit. Je vais suivre les instructions de soins et je suis en pleine possession de mes facultés mentales. Je comprends qu'il peut y avoir des complications telles que l'inflammation, l'infection, la douleur, la rougeur de la zone affectée et d'autres problèmes pendant et après la phase de cicatrisation et ce, malgré la pose professionnelle du piercing et le respect des instructions de soins. Le salon ou l'artiste perceur décline toute responsabilité à cet égard. Par ma signature, j'accepte expressément et sous ma propre responsabilité, après un délai de réflexion suffisant, la procédure de piercing.

Date, Signature client(e)

Je confirme être majeur(e), ou qu'un représentant légal est présent et que j'ai été informé(e) de façon compréhensible avant la signature de la présente déclaration. Cette information portait sur les risques et les complications possibles associés au piercing, sur sa réalisation, sur la pose du bijou et du piercing, sur le suivi approprié et sur le fait que cela peut impliquer une certaine douleur.

Date, Signature client(e)

Piercings/Endroits du corps souhaités



SABOTEUR

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT INFORMATION ET CONSEIL SUR LES PIERCINGS

SIGNATURES NÉCESSAIRES

JE CONSENS À LA POSE D'UN PIERCING

Des données de santé sont par ailleurs collectées dans cette déclaration de consentement afin que nous puissions décider si l'exécution du contrat est possible sans danger pour votre santé et sans compromettre le résultat de notre travail. Nous ne pouvons par conséquent pas exécuter le contrat sans cette collecte de données. Ces données sont des données particulières au sens de l'article 9 du RGPD de l'UE. Par la présente, nous consentons expressément à leur collecte. Nous ne transmettons pas ces données à des tiers et nous les conservons pendant 10 ans.

Date, Signature client(e)

Avez-vous un représentant légal ou un tuteur ? Oui Non

Pour les mineurs et les personnes majeures sous tutelle/curatelle, cette déclaration de consentement doit être signée et donc confirmée par le représentant légal ou le tuteur. La signature permet la réalisation du piercing et confirme l'exactitude de cette déclaration.

Date, Signature (représentant légal, tuteur)

Informations sur la réalisation du piercing (partie que nous compléterons)

.....
Type, endroit du corps

.....
Bijoux utilisés

.....
Date de réalisation du piercing

.....
Rendez-vous de suivi

.....
Nom et signature du perceur

Des instructions de soins ont été données et remises au client

THOMAS SABO GmbH & Co. KG
Silberstrasse 1
91207 Lauf /
Pegnitz Allemagne