



PIERCING

NOM :
PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :
EMAIL :

AVEZ-VOUS DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PARTICULIERS
(ALLERGIES, MALADIES CHRONIQUES, PROBLÈMES DE
COAGULATION, ETC) ?

.....

PRENEZ-VOUS ACTUELLEMENT DES MÉDICAMENTS ? SI
OUI, LESQUELS ?

.....

AVEZ-VOUS DES ANTÉCÉDENTS DE CICATRISATION LENTE
OU DIFFICILE ?

.....

AVEZ-VOUS DES ANTÉCÉDENTS DE RÉACTIONS
ALLERGIQUES AUX BIJOUX ? AU LATEX OU À LA
BETADINE ?

.....

ÊTES-VOUS ENCEINTE OU ALLAITEZ-VOUS ?

.....

AVEZ-VOUS CONSOMMÉ DE L'ALCOOL OU DES DROGUES
DANS LES DERNIÈRES 24 HEURES ?

.....

ÊTES-VOUS DIABÉTIQUE ?

AVEZ-VOUS BIEN COMPRIS LES
INSTRUCTIONS POST-PIERCING ET LES
SUIVREZ-VOUS ?



SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS, N'HÉSITEZ PAS À ME LES POSER.
J'Y RÉPONDRAI AVEC PLAISIR !



PIERCING

AUTORISEZ-VOUS BADASS GANG TATTOO À UTILISER LES PHOTOS SUR LES RÉSEAUX SOCIAUX ?

.....

BADASS GANG TATTOO S'ENGAGE À :

- UTILISER DES BIJOUX CONFORMES AUX NORMES RÉGLEMENTAIRES
- UTILISER DU MATÉRIEL STÉRILE
- PRATIQUER UNE ASEPSIE DE LA PEAU SAINES AVANT TOUT ACTE
- VOUS INFORMER DES BONNES PRATIQUES LIÉES À LA CICATRISATION DU PIERCING

POUR LES PERSONNES MINEURES :

TUTEUR·ICE LÉGAL·E :
J'AUTORISE

.....

À EFFECTUER LA PRESTATION VISÉE CI-DESSUS AUPRÈS DE BADASS GANG TATTOO.

JE CERTIFIE QUE TOUTES LES INFORMATIONS FOURNIES CI-DESSUS SONT COMPLÈTES ET EXACTES.

JE DÉCHARGE EXPRÉSSEMENT BADASS GANG TATTOO DE TOUTE RESPONSABILITÉ EN CAS D'INCIDENT OU DE PROBLÈME LIÉ AU PIERCING.

NOM ET PRÉNOM

.....

DATE ET SIGNATURE



SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS, N'HÉSITEZ PAS À ME LES POSER.
J'Y RÉPONDRAI AVEC PLAISIR !