



Tatouage

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 SUBI UNE OPÉRATION ET/OU UNE POSE DE
PROTHÈSE IL Y A MOINS D'UN AN ?

.....

ÊTES-VOUS ENCEINTE OU ALLAITEZ-VOUS ?

.....

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

.....

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



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



Tatouage

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

.....

BADASS GANG TATTOO S'ENGAGE À :

- UTILISER DU MATÉRIEL CONFORME 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 TATOUAGE

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 EXPRESSÉMENT BADASS GANG TATTOO DE TOUTE RESPONSABILITÉ EN CAS D'INCIDENT OU DE PROBLÈME LIÉ AU TATOUAGE.

NOM ET PRÉNOM

.....

DATE ET SIGNATURE



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

