

## Décharge

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Etes-vous majeur ?   Etes-vous sous traitement médical ?   Etes-vous enceinte ?    
Etes-vous en bonne santé ?   Souffrez-vous d'allergie ?   Etes-vous hémophile ?    
Souffrez-vous d'épilepsie, de diabète, d'insuffisance cardiaque ?    
Etes-vous atteint d'HIV, hépatite ou autres maladies ?   Piercing(s) désiré(s) : \_\_\_\_\_  
Prenez-vous un traitement qui liquéfie le sang : sintron, aspirine ?    
Etes-vous sous l'emprise de l'alcool, de la drogue ou de médicament ?   \_\_\_\_\_

Les mineurs ne peuvent se faire un piercing sans autorisation écrite d'un parent. SAM's se soumet aux règles d'hygiène les plus strictes : aiguilles stériles à usage unique, bijoux et pinces stérilisés, matériel de stérilisation selon les normes, cosmétiques hypoallergéniques. Le soussigné est responsable de l'hygiène et des soins de son piercing/tatouage en dehors de notre salon, de ce fait le soussigné décharge le pierceur/tatoueur de toutes conséquences dues au piercing/tatouage (infection, rejet, allergie, etc.) et déclare en assumer l'entière responsabilité. Toutes poursuites judiciaires ou pénales sont exclues. Si vous deviez taire délibérément des informations relatives à votre âge, ou de nature à mettre en danger la santé voire même la vie de notre clientèle ou de notre personnel, des poursuites légales pourraient être entreprises contre vous.

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ No de tél. : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ Comment avez-vous connu SAM's : \_\_\_\_\_

**J'atteste être majeur et avoir la capacité de discernement.**

**J'atteste avoir pris connaissance de ce qui précède et assure de la conformité des informations données.**

Lieu et date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

## Décharge

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Etes-vous majeur ?   Etes-vous sous traitement médical ?   Etes-vous enceinte ?    
Etes-vous en bonne santé ?   Souffrez-vous d'allergie ?   Etes-vous hémophile ?    
Souffrez-vous d'épilepsie, de diabète, d'insuffisance cardiaque ?    
Etes-vous atteint d'HIV, hépatite ou autres maladies ?   Piercing(s) désiré(s) : \_\_\_\_\_  
Prenez-vous un traitement qui liquéfie le sang : sintron, aspirine ?    
Etes-vous sous l'emprise de l'alcool, de la drogue ou de médicament ?   \_\_\_\_\_

Les mineurs ne peuvent se faire un piercing sans autorisation écrite d'un parent. SAM's se soumet aux règles d'hygiène les plus strictes : aiguilles stériles à usage unique, bijoux et pinces stérilisés, matériel de stérilisation selon les normes, cosmétiques hypoallergéniques. Le soussigné est responsable de l'hygiène et des soins de son piercing/tatouage en dehors de notre salon, de ce fait le soussigné décharge le pierceur/tatoueur de toutes conséquences dues au piercing/tatouage (infection, rejet, allergie, etc.) et déclare en assumer l'entière responsabilité. Toutes poursuites judiciaires ou pénales sont exclues. Si vous deviez taire délibérément des informations relatives à votre âge, ou de nature à mettre en danger la santé voire même la vie de notre clientèle ou de notre personnel, des poursuites légales pourraient être entreprises contre vous.

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ No de tél. : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ Comment avez-vous connu SAM's : \_\_\_\_\_

**J'atteste être majeur et avoir la capacité de discernement.**

**J'atteste avoir pris connaissance de ce qui précède et assure de la conformité des informations données.**

Lieu et date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_