

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 : _____

Quel pièce d'identité présentez-vous pour garantir de votre majorité : _____ No : _____

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 : _____

Quel pièce d'identité présentez-vous pour garantir de votre majorité : _____ No : _____

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

Lieu et date : _____ Signature : _____