

DATE

Fiche PIERCING

ANAMNÈSE - MINEUR AVEC ACCORD PARENTAL

NOM/PRENOM DU CLIENT: _____

DATE DE NAISSANCE ET AGE: _____

NOM/PRENOM DU PARENT/TUTEUR LÉGAL: _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU PARENT/TUTEUR LÉGAL: _____

INFORMATIONS DE SANTÉ DU MINEUR:

AVEZ-VOUS UNE CONDITION MÉDICALE QUI POURRAIT AFFECTER LE PROCESSUS DE GUÉRISON DU PIERCING? OUI / NON

SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER: _____

PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS? OUI / NON

SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER: _____

ÊTES-VOUS ENCEINTE OU ALLAITEZ-VOUS ? _____

INFORMATIONS SUR LE PIERCING:

QUEL PIERCING SOUHAITEZ-VOUS AVOIR? _____

AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UN PIERCING À CET ENDROIT? OUI / NON

SI OUI, A-T-IL ÉTÉ ENLEVÉ? OUI / NON

SI NON, VEUILLEZ PRÉCISER LA RAISON POUR LAQUELLE VOUS SOUHAITEZ LE REMPLACER:

ÊTES-VOUS ALLERGIQUE AU NICKEL OU À D'AUTRES MÉTAUX? OUI / NON

SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER: _____

A LA BÉTADINE? OUI/NON

AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UNE INFECTION À L'OREILLE OU A UN AUTRE PIERCING? OUI / NON

SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER:

ÊTES-VOUS CONSCIENT(E) DES RISQUES LIÉS AU PIERCING ET DES SOINS NÉCESSAIRES POUR LA CICATRISATION ? OUI / NON

AVEZ-VOUS DISCUTÉ DU PIERCING AVEC VOTRE PARENT/TUTEUR LÉGAL? OUI / NON

LE PARENT/TUTEUR LÉGAL EST-IL AU COURANT ET D'ACCORD POUR QUE VOUS OBTENIEZ CE PIERCING? OUI / NON

LE MINEUR EST-IL DIABÉTIQUE?

AVEZ-VOUS BIEN COMPRIS LES INSTRUCTIONS POST-PIERCING ET ÊTES-VOUS PRÊT(E) À LES SUIVRE ?

AUTORISEZ-VOUS PAULINE MORIN À UTILISER LES PHOTOS SUR LE SITE INTERNET OU LES RESEAUX SOCIAUX?

DÉCLARATION DU PARENT/TUTEUR:

JE, SOUSSIGNÉ(E), CERTIFIE QUE TOUTES LES INFORMATIONS FOURNIES CI-DESSUS SONT COMPLÈTES ET EXACTES. JE COMPRENDS LES RISQUES LIÉS AU PIERCING ET LES SOINS NÉCESSAIRES POUR LA CICATRISATION ET JE DÉCHARGE EXPRESSÉMENT PAULINE MORIN DE TOUTE RESPONSABILITÉ EN CAS D'INCIDENT OU DE PROBLÈME LIÉ AU PIERCING DE MON ENFANT.

Signature du parent/tuteur