

Formulaire de consentement

Tatouage et maquillage permanent

Nom de l'entreprise

DÉTAILS DU CLIENT

Nom complet

Numéro de téléphone

E-mail

Date de naissance

JE CONFIRME QUE

- ☐ Je suis en âge légal de recevoir cette procédure dans mon pays.
- ☐ J'ai informé l'artiste des conditions de santé, des médicaments et des allergies.
- ☐ Je comprends que le résultat est durable et que le retrait peut être difficile.
- ☐ Je comprends le processus de guérison et suivrai les conseils post-traitement.

J'accepte que des photos du résultat soient prises pour mon dossier : ☐ Oui ☐ Non

J'accepte que l'entreprise conserve les informations de ce formulaire pour fournir le service et aussi longtemps que la loi l'exige. Je peux demander à voir, corriger ou supprimer mes données à tout moment.

Signature du client

Signature du spécialiste

Date