

Déclaration de consentement

Nom Rue

Prénom Ville

Date de naissance

Veillez s'il vous plaît prendre en compte mon consentement pour le perçage de mes oreilles / mon nez. J'ai lu et compris les informations qui suivent et ai conscience de l'importance des précautions recommandées pour éviter tout problème à la suite de cet acte.

En signant ci-dessous, j'atteste:

- Je ne suis pas suivi médicalement pour une affection qui interdit le perçage des oreilles / du nez.
- Si je suis sous surveillance médicale, j'ai l'autorisation de mon médecin pour le perçage de mes oreilles / mon nez.
- Je ne souffre pas de Diabète, d'Epilepsie, Hépatite, HIV positif, Hémophilie, ou de problèmes cardiaques et ne prends pas de médicaments anti-coagulants. Je n'ai pas de fièvre et je ne suis pas infecté par le virus COVID-19.
- Je ne suis pas sous l'influence de drogues ou d'alcool.
- Il m'a été remis une notice avec la procédure de soins STUDEX que j'ai lue et comprise.
- J'ai compris que la procédure de soins variait selon que le perçage se fait sur le lobe ou sur le cartilage de l'oreille. J'ai bien compris la différence.
- J'ai compris que les risques d'infections peuvent provenir d'un manque d'hygiène, de soins, d'une réaction au métal ou d'autres causes. Cependant les causes les plus fréquentes proviennent du non-respect scrupuleux des procédures recommandées. Je prends l'engagement de suivre scrupuleusement la procédure de soins recommandée.
- J'ai compris et j'accepte que le perçage dans le cartilage augmente les risques d'inflammation, d'enflure, et d'infection due au perçage dans cette zone de l'oreille/du nez et/ou manque d'hygiène dans les soins d'après perçage et que ceci peut provoquer un dommage permanent du cartilage dans la zone du perçage. En connaissance de cela j'en accepte le risque.
- J'ai compris que par nature, un perçage des oreilles / du nez récemment réalisé ne doit pas être exposé à certains environnements tels que la natation ou la participation à des activités sportives, ceci augmentant la probabilité d'infections.
- J'ai été informé que mes oreilles / mon nez seront percées avec des boucles stériles.
- J'ai plus de 18 ans ou j'agis pour un mineur de moins de 18 ans en tant que parent ou représentant légal de ce mineur. J'ai compris que la signature d'un mineur se faisant passer pour majeur est un acte frauduleux.
- Je me suis assuré que mon prestataire de services pour le perçage des oreilles/nez a mis en œuvre le plan de protection pour les services impliquant un contact physique en rapport avec COVID-19 et je suis conscient des risques résiduels.

En signant cette DECLARATION DE CONSENTEMENT je certifie avoir compris la procédure des soins de perçage des oreilles / du nez et les risques d'infections liées si je ne la suit pas scrupuleusement. En toute connaissance de ces risques, j'accepte de me faire percer les oreilles / le nez par un employé de ce magasin et par cette acceptation formelle étendue à ce qui est autorisé par la loi, j'assume toutes les responsabilités pour toutes lésions ou mutilations, de quelques natures qu'elle soient, pouvant être associés au perçage des oreilles / du nez.

Si je signe en tant que parent ou responsable légale d'un mineur, je suis tenu comme responsable des indemnités dues au magasin et au fabricant si ce mineur devait engager une action en justice résultant du perçage des oreilles / du nez.

J'ai compris que toute fausse déclaration constitue un acte frauduleux.

.....
Date

.....
Signature du client

.....
Parent / représentant légale si mineur de moins de 18 ans