

Consentement éclairé : Maquillage permanent

Client(e) :

Nom et prénom :

Adresse mail :

Numéro de téléphone :

Praticien(ne) :

Nom et prénom :

Nom de l'institut :

Par la présente, j'accepte de me faire un maquillage permanent sur les zones suivantes :

☐ Sourcils ☐ Lèvres ☐ Paupières supérieures ☐ Paupières inférieures

☐ Autre :

Date de la prestation :

Date de la retouche :

(au plus tard)

Tarif de la prestation avec retouche / sans retouche : €

Descriptif des techniques et pigments utilisés en fonction des zones sélectionnées

Technique :

Pigment 1 & N° de lot:

Pigment 2 & N° de lot:

Aiguille 1 & N° de lot:

Aiguille 2 & N° de lot:

Technique :

Pigment 1 & N° de lot:

Pigment 2 & N° de lot:

Aiguille 1 & N° de lot:

Aiguille 2 & N° de lot:

Technique :

Pigment 1 & N° de lot:

Pigment 2 & N° de lot:

Aiguille 1 & N° de lot:

Aiguille 2 & N° de lot:

Technique :

Pigment 1 & N° de lot:

Pigment 2 & N° de lot:

Aiguille 1 & N° de lot:

Aiguille 2 & N° de lot:

Conformément à l'arrêté du 03 Décembre 2008 relatif à l'information préalable à la mise en œuvre des techniques de tatouage par effraction cutanée, de maquillage permanent, j'atteste que :

LES PRÉCAUTIONS :

BON À SAVOIR :

Client(e)

Signature suivie de la mention
«lu et approuvé»



Praticien(ne)

Signature suivie de la mention
«lu et approuvé»

