

CRAZY GENEVA INK TATTOO – BODY PIERCING – TATTOO

Autorisation parentale pour mineur

Je soussigné, agissant en qualité de :

Nom :

Prénom :

Adresse :

NPA, Ville :

No téléphone :

Autorise ma fille, mon fils, mon pupille

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

à se faire percer la/le :

Certifions que notre enfant ne présente aucun problème médical de nature à proscrire une séance de tatouage ou piercing : hémophilie, VIH, hépatite B ou C, diabète, eczéma, épilepsie, chéloïdes, allergies, etc...

Déclarons avoir pris connaissance des soins et de l'entretien à apporter après l'acte de tatouage ou piercing, j'atteste également que la cicatrisation dépend des soins qui lui seront apportés et que le studio Crazy Geneva Ink Tattoo, ainsi que son personnel ne peuvent être tenus responsables des problèmes pouvant survenir pendant ou après cette période.

Je m'engage en outre à respecter les recommandations du tatoueur ou perceur afin d'éviter toute infection et de garantir la meilleure cicatrisation possible, les produits pour la cicatrisation sont aussi disponibles au studio.

Fait àMEYRIN.....le.....

Nom et toutes lettres

_____ date et signature _____