

Consentement éclairé

La nature et la méthode de la prestation de reconstruction (dermopigmentation) m'ont été expliquées comme comportant des risques inhérents à leur réalisation, il peut y avoir de possibles complications pendant et après la prestation.

Je comprends qu'il existe un certain inconfort ou douleur associés à la réalisation de la technique, ainsi que d'autres effets secondaires indésirables qui peuvent inclure un léger saignement temporaire, ecchymoses, rougeurs ou d'autres décoloration et gonflement; un gonflement peut se produire sur les lèvres après la technique.

Je _____ reconnais et confirme qu'en signant, le professionnel a répondu à toutes les questions que je pouvais avoir sur la prestation effectuée . Je reconnais également que tous mes doutes ont été résolus avec ma totale et complète satisfaction. Je reconnais spécifiquement avoir été averti sur les points et les questions ci-dessous auxquelles je donne mon accord :

- Je reconnais qu'il n'est pas techniquement possible de déterminer si je pourrai être sujet à une réaction allergique à l'un des produits ou techniques utilisés pour la prestation. Je suis d'accord pour accepter le risque que de telles réactions soient possibles. J'ai informé le praticien de tous les problèmes existants que je pourrai avoir.
- Je reconnais que les complications sont toujours possibles à la suite d'une séance de dermopigmentation J'ai également reçu une copie des soins post procédure à effectuer à la maison.
- Toutes les procédures subséquentes sont facturées en tant que montant supplémentaire. Je suis conscient que mon corps est unique et que le praticien ou stagiaire ne peut pas prédire comment ma peau réagira à la suite de la procédure.
- Les rousses, les blondes et les personnes avec une peau claire (qui s'inscrivent dans les types 1 et 2 de la peau) peuvent rester rouge, présenter une zone gonflée . Des procédures supplémentaires peuvent être nécessaires pour atteindre les résultats souhaités. Les résultats apparaitront plus doux lorsque la zone sera cicatrisée. Une ou plusieurs séances sont nécessaires pour un résultat optimal.

JE RECONNAIS QU'AUCUNE GARANTIE DE RESULTATS NE M'A ETE DONNEE CONCERNANT CETTE PRESTATION.

Date

Signature

FICHE SANTE

Pour éviter les événements imprévus et les complications, veuillez répondre aux questions :

Grossesse	OUI ()	NON ()
Allaitement	OUI ()	NON ()
Post-partum	OUI ()	NON ()
Stress ou anxiété	OUI ()	NON ()
Problèmes de Thyroïdes	OUI ()	NON ()
Alopécie	OUI ()	NON ()
Ovaire polykystique	OUI ()	NON ()
Fumeur	OUI ()	NON ()
Prenez-vous des médicaments	OUI ()	NON ()
SI OUI, LEQUEL		
Avez-vous un type d'allergie	OUI ()	NON ()
SI OUI, LAQUELLE		
Hypertension	OUI ()	NON ()
Utilisez-vous un Pacemaker?	OUI ()	NON ()
Diabète	OUI ()	NON ()
Hémophilie	OUI ()	NON ()
Psoriasis	OUI ()	NON ()
Anémie	OUI ()	NON ()
Cancer	OUI ()	NON ()
Chirurgie bariatrique ?	OUI ()	NON ()
Utilisez de l'acide sur votre peau ?	OUI ()	NON ()
Vous avez déjà effectué des traitements capillaire ?	OUI ()	NON ()
Implants capillaire	OUI ()	NON ()

AUTORISATION

1. Je déclare que les informations ci-dessus sont exactes et je confirme mon désir de réaliser la procédure, sans omettre d'informations concernant ma santé.
2. Je ne fais pas partie des clients à risques.
3. Je suis consciente de mes conditions psychologiques et de santé, déchargeant ainsi l'établissement de toute responsabilité quant aux éventuelles réactions pouvant survenir.
4. J'assume la responsabilité du suivi post-procédure et affirme que je respecterai rigoureusement les instructions qui me seront fournies.
5. J'autorise gratuitement l'utilisation de mon image, sous forme de photo ou de reproduction, à des fins publicitaires sur tout support de communication.
6. Je certifie que tous les points ci-dessus m'ont été exposés et que je n'ai aucun doute quant à leur contenu et leur objectif. En conséquence, je signe la présente autorisation.
7. Je suis consciente que cette procédure provoque des micro-lésions à la surface de la peau.
8. Après la séance - Hyperémie : la peau peut devenir rouge après le traitement.
9. Le résultat dépend de la réponse organique de chaque client, pouvant nécessiter plusieurs séances ou même ne pas obtenir le résultat souhaité.

Signature

CONTRAT DE PRESTATION DE SERVICES

Il appartient au professionnel de réaliser le protocole en accord avec le client et d'effectuer la prestation (calculée en environ _____(temps) le jour choisi par le client pour un montant de _____€ (payé par le client au professionnel).

Le client doit verser un acompte d'un montant de _____ le jour du rendez-vous consultation .

Dans le cas où le client ne peut pas honorer le rdv, il s'engage à prévenir au

(les e-mails et Facebook ne sont pas autorisés) au moins 1 jour à l'avance, si tel n'est pas le cas, l'acompte ne sera pas restitué. Exceptions: problème de santé, Covid, décès (sur justificatif).

Si le client se présente le jour prévu, l'acompte est déduit du montant total de la prestation.

Aucun remboursement sera effectué sur les prestations.

Signature

Autorisation droits à l'image et voix

Je soussigné(e), _____ autorise,
la société _____ et tous les membres de ses équipes, à:

1. Me photographier aux fins de reproduire et représenter totalement ou partiellement mon image et voix , mon nom, mon prénom, attributs de ma personnalité, sur les supports et pour les évènements mentionnés ci-après, dans le cadre de la promotion de l'activité de l'ensemble de la société.
2. Me photographier aux fins de reproduire et représenter totalement ou PARTIELLEMENT mon image sur les supports mentionnés ci-après et dans le cadre de toute réalisation personnelle (rédaction d'un ouvrage sur le maquillage permanent, films publicitaires, vidéos, etc) ;
3. Utiliser les photographies me représentant, ainsi que mon nom et prénom, en tout ou partie, sur tout support de communication connu ou inconnu au jour de la signature des présentes, et notamment, sans que cette liste ne soit exhaustive : Sur tout support papier (book de présentation, documentation et présentation commerciale ou non commerciale, fiche client, dossier de presse, livre, manuel de formation, etc) ; Sur tout réseau numérique permettant la communication interactive à distance et notamment par le réseau Internet (sites de la société _____ ou blog personnel édité pour le compte de la société et par tout réseau de télécommunication, sous forme de téléchargement et par simple visualisation (streaming), par des procédés et services tels que notamment la VOD, podcast, etc . Sur tous réseaux sociaux et autres plateformes de partage tels que YOU TUBE, DAILY MOTION, FACEBOOK, INSTAGRAM, SNAPCHAT, etc ; Sur tout support numérique en vue d'une exploitation notamment vidéogramme (DVD, CD Rom, etc).
4. Utiliser les photographies me représentant, ainsi que mon nom et prénom, en tout ou partie, quel que soit le type d'évènement ou plus généralement, de canaux de diffusion et de promotion et notamment : rendez-vous commerciaux, conférences, séminaires, salons professionnels, presse spécialisée, presse féminine et autre, édition livre, édition DVD, e-marketing, e-mailing, médias TV.
5. Je m'engage à ne pas commenter les photos de prestations effectuées par _____ sur les réseaux sociaux qui relèvent d'un travail différent de celui effectué par les stagiaires en formation.

La présente cession est consentie à titre totalement gracieux, pour le territoire du Monde entier et pour une durée de cinquante ans suivant la signature des présents.

Date: ____ / ____ / _____

Signature + mentions:

"LU ET APPROUVÉ, BON POUR AUTORISATION"

Matériel utilisé pendant la prestation

Aiguilles jetables

Modele: _____ lot _____ date _____

Modele: _____ lot _____ date _____

Modele: _____ lot _____ date _____

Pigments/ produits :

_____ lot _____ date: _____

_____ lot _____ date : _____

_____ lot _____ date : _____

Autres produits:

Date: ____/____/____

Signature du professionnel :