FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

MODÈLE MINEUR(E)

CONSENTEMENT PARENTALE

Je, soussigné(e) , Mr Mme (nom/prénom du représentant légal), ...
né(e) le ...../...../....., déclare avoir pris connaissance de la volonté de son/sa fils/(fille) (nom/prénom),
.....né(e) le...../...../....., mineur(e) à ce jour, de recevoir une des prestations proposer par Jojo-lita « description de la prestation »
.....,
sur (description de la zone du corps).....

J'ai pu poser toutes les questions que je voulais et j'ai compris que je recevrai un exemplaire signé par la praticienne du présent consentement.
Je certifie que l'état de santé de ce jour (maladie, prise de médicament, pratiques d'examens complémentaires) de mon (ma) fils (fille) ne contre-indique en rien la pratique.
Je certifie que mon (ma) fils (fille) n'a jamais été tatoué ou autres (si déjà tatoué(e) , précisez le motif et l'endroit).....

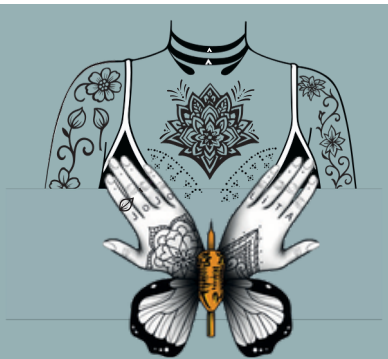
Je certifie être en pleine possession de mes moyens et ne pas être sous l'emprise de drogues ou d'alcool.
Je certifie que mon (ma) fils (fille) est en pleine possession des ses moyens.
J'ai bien compris que cette prestation sera réalisé dans conditions qui correspondent à l'état actuel des connaissances. J'autorise par la présente, mon fils/fille, à recevoir la dite prestation, le...../...../.....,
par « Jojo-lita ».

Je suis absolument conscient que les tatouages artistiques sont PERMANENT et DEFINITIF (encre indélébile), et conscient que pour la micro-pigmentation le tatouage est semi permanent (encre minéraux, qui s'estompe avec le temps) pratiqué avec un dermographe intradermique selon les normes d'hygiène en vigueur, avec un jeu d'aiguilles stériles.

Ci joint, la photocopie de ma pièce d'identité ainsi que celle de mon/ma fils/fille.

Fait à ..... **Le .....**

Signature Praticienne **Signature Client(e)**



Jojo Lita
L'ÂME À ZONE
L'art de réconcilier le corps et l'histoire qu'il raconte
ARTISTE TATOUEUSE À VISÉE RÉPARATRICE
POST-OPÉRATOIRE, POST-CHIRURGIE ESTHÉTIQUE & ARTISTIQUE

CAPILLAIRE

FICHE CLIENT(E) ET QUESTIONNAIRE

Nom/ Prénom			
Date de naissance		Sexe	
Adresse			
Ville		Pays	
Code Postal		Profession	
Numéro Téléphone		Adresse mail	

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Comment avez-vous entendu parler de jojo-lita?

☐ Bouche à oreille ☐ Reportages TV, articles de presse ☐ Réseaux sociaux ☐ Autres : .....

Suivez-vous/ Avez-vous suivi un traitement médical ? ☐ **Oui** ☐ **Non**
Si oui, veuillez préciser lequel et quels en sont les effets ?
.....

Etes-vous atteint d'une maladie transmissible par le sang (VIH, Hépatite) ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Avez-vous des allergies ? ☐ **Oui** ☐ **Non**
Si oui, veuillez préciser lesquelles
.....

Avez-vous subi une/des opération(s) chirurgicale(s) ? ☐ **Oui** ☐ **Non**
Si oui, veuillez préciser la date et le type de procédure
.....

Avez-vous déjà eu de l'herpès ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Êtes-vous atteint de diabète ? ☐ **Oui** ☐ **Non**
Si oui, veuillez préciser le type
.....

Etes-vous enceinte ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

DIAGNOSTIC

Type de sublimation: Micro-pigmentation/ Maquillage (40€) ☐ Post-cicatrice (80€) ☐ Tricothérapie (150€) ☐

- **1ère séance (Diagnostic+test): Date.....Montant.....**
- **2ème séance (Jour de la sublimation): Date.....Montant.....**
- **3ème séance (1ère constatation): Date.....Montant.....**
- **4ème séance (Retouches): Date.....Montant.....**

Fait à ..... **Signature Praticienne** **Signature Client(e)**

Le .....

CAPILLAIRE MASCULIN

FICHE CLIENT(E) ET QUESTIONNAIRE

ZONE(S) À SUBLIMER
(entourer la zone) ou écrire ci dessous :
.....

MATÉRIEL À UTILISER
Aiguille :
.....

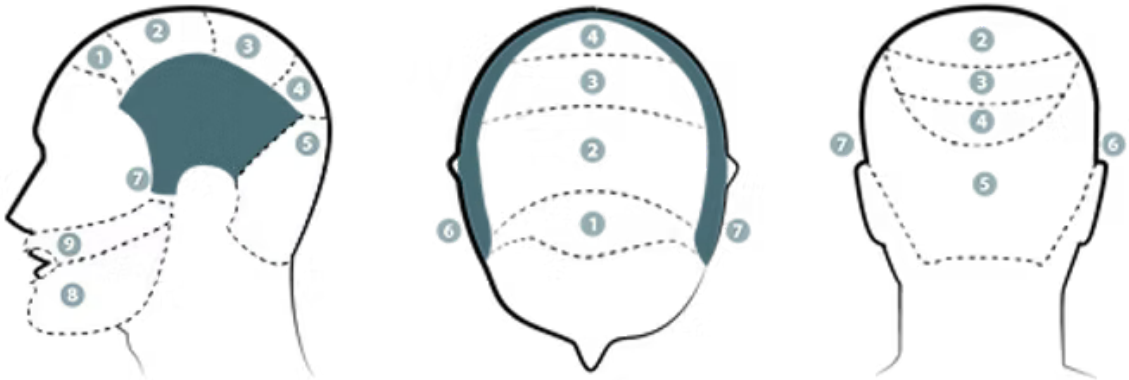
Référence : .....

Encre : .....

Référence : .....

Gants :
- **Latex** ☐
- **Vaseline** ☐

Crème :
- **Nitrile** ☐
- **Vegan** ☐



Jojo Lita
L'ÂME À ZONE
L'art de réconcilier le corps et l'histoire qu'il raconte
ARTISTE TATOUEUSE À VISÉE RÉPARATRICE
POST-OPÉRATOIRE, POST-CHIRURGIE
ESTHÉTIQUE & ARTISTIQUE