

# 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.

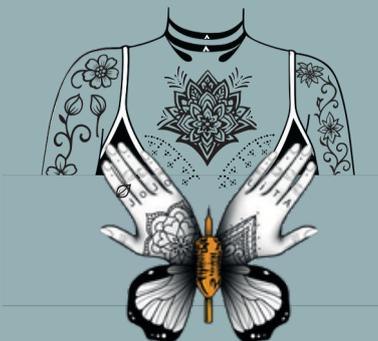
Ci joint, la photocopie de ma pièce d'identité ainsi que celle de mon/ma fils/fille.

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 TATOEUSE 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 FÉMININ

## FICHE CLIENT(E) ET QUESTIONNAIRE

### ZONE(S) À SUBLIMER

(entourer la zone) ou écrire ci dessous :

.....

### MATÉRIEL À UTILISER

Aiguille :

.....

Référence : .....

Encre : .....

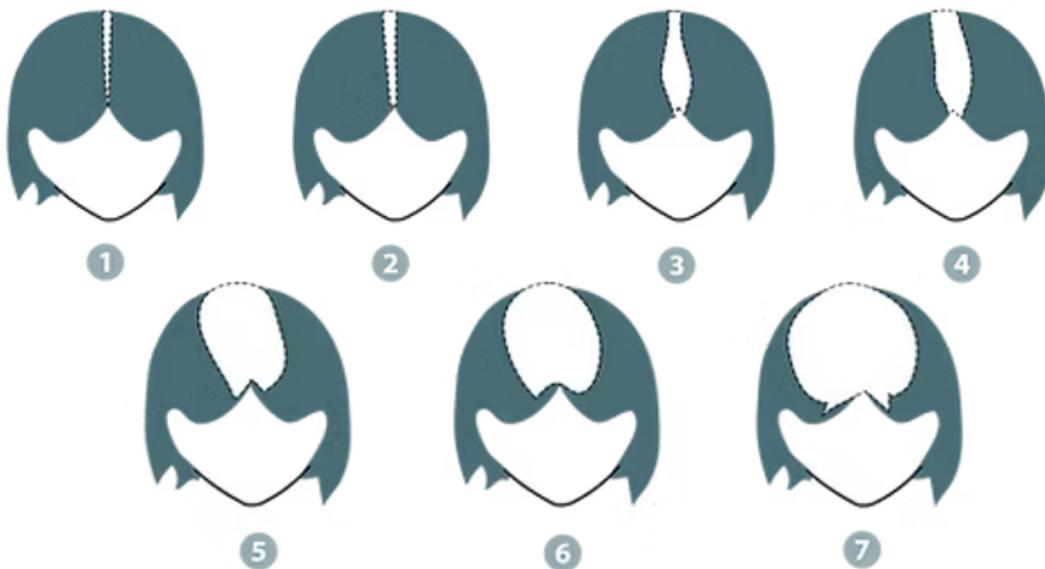
Référence : .....

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 TATOEUSE À VISÉE RÉPARATRICE

POST-OPÉRATOIRE, POST-CHIRURGIE  
ESTHÉTIQUE & ARTISTIQUE