

RED LIGHT DISTRICT

DOSSIER CONFIDENTIEL

FORMALITES D'ACCORD, CONSENTEMENT

Le questionnaire et les déclarations ci-dessous renseignent sur l'état de santé actuel du client et sert à l'évaluation de l'aptitude au piercing. Cette mesure s'impose principalement pour la sécurité du client et du perceur. Veuillez remplir en caractères d'imprimerie/en majuscules, cochez la(les) case(s) correspondante(s) et commenter si nécessaire :

Nom(s) et prénom(s) : _____

Date de naissance * : _____

Adresse complète : _____

Téléphone : _____ / _____

Email : _____

Je soussigné(e) demande et donne mon consentement à RED LIGHT DISTRICT à pratiquer sur moi un/des acte(s) de piercing, soit :

Type(s) de piercing(s) et/ou emplacement(s) :

et confirme requérir ce/ces piercing(s) de mon plein gré, de ma propre volonté, sous aucune influence (drogues, alcool, etc.) et assume seul(e) les conséquences de cet acte.

Je suis conscient(e) d'être traité(e) sous conditions stériles et selon les règles d'hygiène les plus strictes (tous les bijoux, les instruments utilisés, les aiguilles chirurgicales sont stérilisées et/ou stériles et à usage unique, etc.).

Je suis informé(e) qu'une infection peut survenir suite à une mauvaise hygiène, de « mauvaises pratiques » et que je suis entièrement responsable de l'hygiène et des soins apportés au(x) piercing(s) (encore plus particulièrement pour les piercings intimes). De ce fait, je certifie m'engager à suivre toutes les indications de la feuille de « soins et recommandations » remise lors de ma visite et confirme que le perceur ne pourra être tenu responsable de tous manquements de ma part. Je m'engage aussi à revenir régulièrement consulter (consultations gratuites) le perceur afin de permettre la surveillance de l'évolution de la cicatrisation.

Je certifie avoir avisé le perceur en cas de/d' :

- Allergie(s) (latex, ruban adhésif, iode, aspirine, etc.) :

-
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Asthme |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie plastique | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Eczéma | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Evanouissements | <input type="checkbox"/> Hémophilie |
| <input type="checkbox"/> Infections récidivantes | <input type="checkbox"/> Mauvaise cicatrisation |
| <input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques | <input type="checkbox"/> Traitement anti-inflammatoire |

et n'avoir aucune des maladies/pathologies suivantes :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hépatite | <input type="checkbox"/> H.I.V. |
| <input type="checkbox"/> Impétigo | <input type="checkbox"/> Dépendance(s) à la/aux drogue(s) |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) maladie(s) transmissible(s) : | |
-

Je certifie avoir pris connaissance de ce qui précède et confirme que toutes les informations fournies sont exactes. Si je devais taire délibérément des informations de nature à mettre en danger la santé, voire même la vie du personnel de RED LIGHT DISTRICT ou de sa clientèle, des poursuites légales pourraient être entreprises contre moi. Je décharge le perceur et son entreprise de toutes responsabilités sans aucune exception, ni réserve et m'engage à n'effectuer aucune poursuite pénale ou civile à son encontre ou celle de son entreprise.

Lieu et date : _____

Signature : _____

S.V.P. Merci de bien vouloir nous dire comment vous avez entendu parler de RED LIGHT DISTRICT ?

*** L'âge minimum requis pour tous les types de piercings est de 18 ans révolus. Pour les mineurs un accord parental dûment signé (par un des parents ou un tuteur légal) est exigé. Notre formulaire « Autorisation parentale » est disponible sur le site www.rld.ch et au magasin. Les autorisations manuscrites dûment signées sont aussi acceptées.**