

## DECHARGE DE RESPONSABILITE SUR ACTE DE TATOUAGE

### **Tatoueur :**

Raison Sociale : .....

nom / prénom : .....

Adresse complète : .....

Siret : .....

### **Je soussigné(e):**

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

Adresse : .....

Code postal et ville : .....

Pièce d'identité N° : .....

Certifie par la présente,

- être en toute possession de mes moyens et savoir que le tatouage est un acte indélébile et définitif,
- de ne pas être sous l'emprise de l'alcool ou de drogues,
- de ne pas être atteint(e) d'aucune maladie sanguine (HIV, Hépatite, Diabète, Hémophilie...),
- de ne pas être atteint(e) d'aucune déficience cardiaque ou auto-immune,
- de n'être sous aucun traitement de quelque nature qu'il soit (cortisone, anti-inflammatoire...)
- de ne pas être enceinte,
- de ne pas être atteint (e) d'aucune allergie (latex par exemple...).

De plus, je décharge le tatoueur de toutes conséquences dues au tatouage, quelque soit la nature (perte de connaissance, infection, allergie, etc.), et déclare en assumer l'entière responsabilité.

Je reconnais avoir pris connaissance des éventuels risques liés au tatouage et à ses conséquences, même exceptionnelles.

Je m'engage en outre à respecter les recommandations du tatoueur afin d'éviter toutes infections et de garantir la meilleure cicatrisation possible.

Fait à : ..... , le .....

Signature artiste :

Signature client :

NB: Ce présent document doit être accompagné de la photocopie de la carte d'identité du client.

Cette photocopie doit être signée par les deux parties et datée.