



Acceptation de la R.G.P.D. :

Nom\*: \_\_\_\_\_
prénom \*: \_\_\_\_\_
Téléphone\*: \_\_\_\_\_
@\*: \_\_\_\_\_
né(€) le \*: \_\_\_\_\_
adresse \*: \_\_\_\_\_

A remplir par la praticienne :

Actes: Microneedling [ ] Déatouage: S [ ] PK [ ] GTR [ ] MPU [ ] Microblading [ ]
Zone: Rides [ ] Acné [ ] Sourcils [ ] Eye-Liner [ ] Oeil [ ] Bouche: [ ] Grains: [ ]
Cicatrices: [ ] Aéroles: [ ] Autres: \_\_\_\_\_

Exécuté par: Célia

Type de peau: \_\_\_\_\_

Couleur de peau: \_\_\_\_\_

Couleur sous Jacente: Chaud [ ] Froid [ ]

Table with 5 columns: Dates, Zone, Techniques pratiquées, Choix des pigments: n° lot, Types d'aiguilles.

Info ici

[ ] oui [ ] non Vous vous engagez à être modèle lors de formations.
[ ] A la réservation du RDV, des arrhes et frais vous seront demandées par empreinte bancaire pour assurer votre présence et un encaissement se fera le jour du rdv de la prestation par espèce ou virement, le coût est différent selon la technique. La praticienne peut être différente au moment de la retouche.
Si vous êtes mon modèle en démonstration, le coût de la prestation sera de moins 30% retouche comprise 3 à 6 semaines après, selon la technique pratiquée.
Puis après vous rentrez dans le programme de fiffélisation en cours.

Pour voir quelques travaux aller sur www.cmafermo.com, il est aussi possible de prendre des rendez-vous sur le site. L'empreinte bancaire y sera aussi prise pour confirmer vos rendez-vous. Et non remboursé en cas d'annulation de dernières minutes (24heures).

Venez impérativement seule, sans enfant, ni accompagnateur, ni animal de compagnie, pour des raisons de sérénité et d'hygiène. Merci à vous.

CmaDermo SAS 28 avenue de la Forêt Noire 67000 Strasbourg 06 09 04 34 14 cmafermo@gmail.com- N° SIRET : 831 434 790 000 18 Code APE : 9602B - N° TVA FR16 831 434 790 - N° ARS : 2017- 3193 N° FORMATEUR : 44 67 06 01 067

⇒ Consentement mutuel, merci de remplir et de signer impérativement cette fiche Avant l'effraction cutanée, et ce avant - pendant - après avoir répondu à toutes vos questions.

J'atteste sur l'honneur avoir été largement renseigné(e) en entretien préalable sur la prestation qu'est l'effraction cutanée. Des forts risques de douleurs pendant les actes (besoin de vous faire prescrire un anesthésiant) ; des possibles risques d'infections ; des précautions à respecter après la réalisation des techniques, notamment pour permettre une cicatrisation rapide ; du temps de cicatrisation adapté à la technique qui a été mise en œuvre et des risques cicatriciels ; du caractère irréversible des tatouages impliquant une modification corporelle définitive ; des risques allergiques notamment liés aux encres et pigments de tatouage ; des risques de modifications de la couleur du pigment qui dépend du renouvellement cellulaire de ma peau et d'exposition solaire ; du caractère éventuel et conseillé d'une intensification après 13 à 18 mois (voir programme de fidélisation).

J'ai pu poser toutes les questions relatives aux actes demandés et avoir reçu des réponses satisfaisantes. Si je suis sujet(te) à l'herpès ou bouton de fièvre, je n'hésiterai pas à demander l'avis de mon médecin traitant sur l'acte et recevoir le cas échéant un traitement antiviral. La lotion nettoyante moussante et le produit de désinfection cutanée à base de Chlorhexidine ou autre, vous seront conseillés par un médecin ou acheté en pharmacie pour un travail d'effraction cutanée avec pigment. Une dose de vaseline vous sera donnée pour appliquer en un léger film. Ces produits seront à utiliser scrupuleusement selon le protocole de soins avant et après l'acte ainsi que chez vous entre 3 à 6 jours matin et soir.

Par contre, rien ne sera mis lors d'un déatouage. Les croûtes doivent rester sèches, et ne jamais être recouvertes, lavées, humidifiées et arrachées. Je suis consciente du fait que le traitement visant à éliminer le tatouage peut entraîner des effets indésirables, la nécessité d'un traitement médical, d'une perte de temps et financière liée en cas de non-respect de toutes les indications données ainsi que de non-communication d'éventuelles contre-indications connues. Dans ce cas la personne réalisant la technique décline toutes responsabilités en cas d'éventuelles répercussions négatives !

Je m'engage, pendant tout le temps du traitement à n'avoir recours à aucune autre méthode d'élimination que la méthode faite ensemble afin d'en modifier ou d'optimiser son bon déroulement.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ \* certifie avoir pris connaissance des conseils présentés au dos de la fiche sur les risques et les précautions, suite à une effraction cutanée, ainsi qu'être en bonne santé et ne pas être concerné(e) par les cas suivants : Port de prothèse, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, diabète, maladie auto-immune, maladie dermatologique active, hémophilie, importants problèmes de cicatrisation (ex : chéloïdes), asthme chronique, allergies...

Des photos ont été prises le jour de l'entretien, puis le jour du maquillage permanent avant, avec les tracés pendant et après. Ces photos seront utilisées à des fins commerciales. L'anonymat sera totalement respecté.

Je\* n'accepterai l'effraction cutanée qu'après accord total et sans réserve du tracé et de la couleur proposés et choisis. Je constaterai que les emballages des aiguilles seront ouverts devant moi afin de garantir leur caractère unique, jetable et stérile. Les pigments et « dépigmenteur » utilisés sont sans métaux lourds et normés en conformités à la législation en vigueur.

J'atteste également avoir reçu toutes les consignes d'hygiène et de soins auxquelles je dois me conformer jusqu'à complète cicatrisation.

Pour accord, fait à ..... Le ...../ 20.....

Signature \* Client et représentants légaux
\*+ Mention lu et approuvé

Signature du Dermographe
Célia Marcolin ou \_\_\_\_\_



NB : [ ] et \* Réponses obligatoires