

# DEVIS : Consentement éclairé client(e) maquillage permanent

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ...../..... Ville : .....  
Tel Personnel : ...../...../...../..... Tel Portable : ...../...../...../.....  
envoyé(e) par : .....

Par la présente, j'accepte de me faire un maquillage permanent sur la zone du corps :

aréoles mammaires  autre : .....

Date de la prestation : ...../...../..... Date de la retouche : ...../...../..... (au plus tard).  
Pigment(s) : .....  
Nombre d'aiguilles : ... Tarif de la prestation avec retouche / sans retouche : .....

Je déclare être d'accord avec le tracé et la couleur choisie par moi-même.

Je déclare :

- 1 - ne pas souffrir de maladies de sang suivantes : diabète, hépatite, HIV, hémophilie ;
- 2 - ne pas souffrir d'aucune autre maladie ;
- 3 - ne pas être sous antibiotique, ni tout autre médicament ;
- 4 - avoir informé de mon intolérance aux composants suivants : .....
- 5 - avoir pris connaissance des composants des pigments utilisés : (tels que : nickel, iode, végétaux, minéraux et colorants divers).

Je certifie avoir pris connaissance :

## A – Des conditions suivantes :

- 1 - les pigments sont implantés dans la couche superficielle de la peau à l'aide d'aiguilles à usage unique ;
- 2 - ce maquillage aura une durée de vie pouvant varier de 2 à 5 ans ;
- 3 - selon le type de qualité de mon épiderme, il peut arriver une perte de pigment pouvant atteindre 80% de la couleur (en moyenne 50%).

## B – Précautions à prendre dans les 8 jours qui suivent un maquillage permanent :

- 1 - éviter toutes sources de chaleur (UV, sauna, hammam, soleil) ;
- 2 - éviter de se baigner en eau de mer ou en piscine jusqu'à complète cicatrisation ;
- 3 - ne pas gratter ni frotter les petites croûtes résultant de la pigmentation jusqu'à ce qu'elles tombent ;
- 4 - ne pas utiliser de cosmétiques, de produits démaquillants ou de crèmes à base d'acide de fruits ou de vitamines A et E ;
- 5 - appliquer une crème cicatrisante de type Cicalfate.

## C – De ma responsabilité

Fait à : .....

Signature précédée de la mention « LU et APPROUVE »

Le ...../...../.....

## LETTRE D'INFORMATION

Après avoir réalisé votre micropigmentation et ce, avec votre consentement, si vous décidez de modifier la forme et/ou la couleur, cette nouvelle prestation vous sera facturée telle qu'un entretien trimestriel même après un délai de 24h jusqu'à 3 mois.

Le professionnel est là pour vous proposer la forme idéale convenant à votre morphologie. Il est possible de se rapprocher de la symétrie idéale, cependant en fonction des volumes de votre visage et de son asymétrie naturelle, la micropigmentation aura pour but de combler cet écart.

Si vous décidez d'aller à l'encontre du tracé réalisé lors du consentement, le professionnel ne pourra être tenu responsable du résultat obtenu.

Vous reconnaissez informer votre professionnel si vous présentez une contre-indication à votre rendez-vous de retouche ou lors de vos entretiens, même si lors de votre premier rendez-vous vous n'en présentiez pas.

Tout rendez-vous de retouche incluse annulé à moins de 48h ne sera plus due.

Pour les mineurs, en plus de la présentation de la carte d'identité il sera demandé une autorisation écrite et signée du représentant légal.

Signature précédée de la mention « LU et APPROUVE »