

# Fiche d'information et de consentement

## 1 Identification

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

TÉLÉPHONE

EMAIL (POUR RECEVOIR LES CONSIGNES DE SOINS)

☐ Tatouage ☐ Maquillage permanent ☐ Perçage

Zone du corps : \_\_\_\_\_ Date de l'acte : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## 2 Information préalable (arrêté du 3 décembre 2008)

J'ai été informé(e), **oralement et par écrit**, avant la réalisation de l'acte :

- du **caractère irréversible** du tatouage, qui implique une modification corporelle définitive ;
- de la **douleur** possible pendant l'acte ;
- des **risques infectieux** ;
- des **risques allergiques**, notamment aux encres et aux bijoux ;
- des **contre-indications** liées à mon état de santé ou à mes traitements ;
- de la **durée de cicatrisation** et des **risques cicatriciels** ;
- des **précautions à respecter après l'acte**, remises par écrit.

## 3 Questionnaire santé

Allergies (latex, pansements, désinfectants, métaux, pigments...)

☐ Oui ☐ Non

Hémophilie ou trouble de la coagulation

☐ Oui ☐ Non

Traitement anticoagulant ou antiagrégant (aspirine, AVK, AOD...)

☐ Oui ☐ Non

Diabète

☐ Oui ☐ Non

Grossesse ou allaitement en cours

☐ Oui ☐ Non

Maladie de peau sur la zone (eczéma, psoriasis, chéloïdes...)

☐ Oui ☐ Non

Infection en cours ou affection transmissible

☐ Oui ☐ Non

Autre information utile : \_\_\_\_\_

En cas de réponse « Oui », l'artiste en discute avec vous avant l'acte ; il peut l'adapter, le reporter ou vous demander un avis médical.

## 4 Consentement

J'ai reçu et compris l'information ci-dessus, j'ai pu poser mes questions, mes réponses au questionnaire sont exactes, et **je consens à la réalisation de l'acte décrit**.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature du client

Signature de l'artiste

## 5 Client mineur (Code de la santé publique, art. R.1311-11)

Le tatouage et le perçage d'un mineur sont interdits sans le **consentement écrit d'une personne titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur**. La preuve de ce consentement doit pouvoir être présentée aux autorités de contrôle pendant **trois ans**.

NOM ET PRÉNOM DU REPRÉSENTANT LÉGAL

QUALITÉ

☐ MÈRE ☐ PÈRE ☐ TUTEUR

PIÈCE D'IDENTITÉ VÉRIFIÉE (TYPE ET N°)

TÉLÉPHONE

Je certifie être titulaire de l'autorité parentale (ou tuteur) de l'enfant nommé en page 1. J'ai reçu, comme lui, l'information préalable sur les risques et les soins, et **je consens à la réalisation de l'acte décrit sur mon enfant**.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature du représentant légal

Signature du mineur

## 6 Traçabilité de l'acte (à remplir par l'artiste)

Encre (marque, teinte)

N° de lot

Péremption

Aiguilles / cartouches (réf.)

N° de lot

Péremption

Matériel stérilisé

N° de cycle / de sachet :

## 7 Vos données

Les informations de cette fiche, dont les réponses au questionnaire santé, sont conservées par le studio **[nom du studio]** pour la sécurité de l'acte et pour répondre à ses obligations. Elles sont conservées **[durée fixée par le studio ; au moins 3 ans pour un mineur]** et accessibles aux seules personnes habilitées du studio. Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification et d'effacement auprès de **[contact]**, dans les limites des obligations légales de conservation.

**Ce modèle ne contient pas de « décharge de responsabilité ».** En droit français, on ne peut pas s'exonérer par avance de sa responsabilité pour un dommage corporel. La fiche prouve l'information et le consentement ; elle ne couvre pas un défaut d'hygiène ou une faute technique.

Sources : Code de la santé publique art. R.1311-11 et R.1311-12 ; arrêté du 3 décembre 2008 relatif à l'information préalable ; RGPD art. 9. · Version numérique sur tablette : inktrace.fr