



Studio Urban Design - Bilan Santé

**Document à compléter et à apporter le jour du RDV
En cas de mention OUI, un accord écrit, pour la
réalisation d'un tatouage ou d'un piercing, de votre
médecin traitant vous sera demandé.**

Nom & Prénom:	OUI	NON
• Etes-vous majeur? Si NON: la présence d'un tuteur légal est OBLIGATOIRE		
• Etes-vous enceinte ou en période d'allaitement?		
• Présentez-vous des allergies particulières? <i>Iode, Latex, Nickel,...</i>		
• Etes-vous porteur d'une maladie? <i>Hémophilie,...</i>		
• Avez-vous déjà fait une hépatite?		
• Etes-vous séropositif ou porteur d'une maladie qui diminue les défenses immunitaires? <i>Cancers, Leucémies,...</i>		
• Etes-vous sujet au crise d'Epilepsie?		
• Etes-vous diabétiques?		
• Etes-vous dialysés?		
• Etes-vous porteur d'une malformation cardiaque, d'une valve ou avez-vous déjà subi une intervention avec mise en place d'une prothèse ou de matériel étranger? <i>Pace-Maker Stent vasculaire...</i>		
• Prenez-vous des médicaments? <i>Cortisone, AINS, AntiCoagulant</i>		

<p>Cadre réservé au praticien Studio Urban Design</p> <p>Le praticien déclare exercer son art conformément aux règles d'hygiène imposées par l'arrêté royal du 25 novembre 2005 réglementant la pratique du tatouage et du piercing</p>	<p>Cadre réservé au client</p> <p>Par ce document et ma signature au bas de celui-ci: J'atteste que les informations reprises ci-dessus sont correctes et correspondent à la réalité me concernant. J'ai pris connaissance et j'accepte les CGV.</p>
Date + Signature:	Date + Signature: