



Form / Formulaire - Flash days tattoo 2

Client

Prénom / First name :

Nom de famille / Last name :

Adresse / Address :

Téléphone / Phone :

Courriel / E-mail :

Avez-vous une maladie transmissible par le sang? / Do you have a blood-borne disease?

- Oui / Yes
 Non / No

Antécédents médicaux (ex: diabète, maladies cardio-vasculaires, épilepsie, maladies liées au sang, etc.) / Medical history (e.g. diabetes, cardiovascular diseases, epilepsy, diseases blood related, etc.)

- Oui / Yes
 Non / No

Avez-vous des maladies de la peau (ex: eczéma, éruptions cutanées, infection, etc.) / Do you have any skin conditions (ex: eczema, rashes, infection, etc.)

- Oui / Yes
 Non / No

Reconnaissance et renonciation / Acknowledgment

Vous devez avoir pris connaissance des termes suivants et y adhérer. You must be aware of the following terms and adhere to them.

Je comprends que cette procédure est un changement permanent de ma peau et de mon corps / I understand that this procedure is a permanent change to my skin and my body.

- Oui / Yes
 Non / No

J'autorise mon tatouage à être photographié et utilisé par Mission Mayday et les artistes / I authorize my tattoo to be photographed and used for Mission Mayday and artists' portfolio.

- Oui / Yes
 Non / No

J'accepte que Mission Mayday ne dispose d'aucun moyen d'identifier si je suis allergique aux éléments ou ingrédients qui seront utilisés pour mon tatouage / I accept that Mission Mayday has no way of identifying if I am allergic to elements or ingredients that will be used for my tattoo.

- Oui / Yes
 Non / No



Organisme / Organization

Mission Mayday

info@missionmayday.ca

Form / Formulaire - Flash day tattoo

Je comprend que je dois m'occuper du tatouage en suivant les instructions de mon tatoueur qui m'ont été donnés. / I understand that I must take care of the tattoo following the instructions of my tattoo artist has given to me.

- Oui / Yes
 Non / No

Je dégage Mission Mayday et l'artiste de toutes réclamations, dépenses, dommages et responsabilités. / I release Mission Mayday and the artist from all claims, expenses, damages and responsibilities.

- Oui / Yes
 Non / No

Je confirme que les informations fournies dans ce document son exactes et véridiques. / I confirm that the information provided in this document is accurate and truthful.

- Oui / Yes
 Non / No

Je promets de ne pas me faire tatouer si je suis enceinte ou si j'allaité et d'en informer mon tatoueur. / I promise not to get a tattoo if I am pregnant or breastfeeding and to inform my tattoo artist.

- Oui / Yes
 Non / No

Je m'engage à payer la somme du tatouage et je reconnais avoir été informé(e) du prix total. / I agree to pay the amount of my tattoo and I am informed of the total price.

- Oui / Yes
 Non / No

J'ai 18 ans ou plus / I'm 18 years or older.

- Oui / Yes
 Non / No

Signature du client

Client

Date