



## Questionnaire Tattoo

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

N° tel : \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Êtes-vous déjà tatoué(e) ? oui / non

Emplacement du tatouage souhaité : \_\_\_\_\_

Taille du projet tattoo en cm : \_\_\_\_\_

Sur la zone du tatouage , avez vous :

- la peau mate : oui / non
- des grains de beauté : oui / non
- cicatrices / vergetures : oui / non
- ancien tattoo à recouvrir : oui / non
- ancien tattoo à garder : oui / non

Idée générale du projet : \_\_\_\_\_

- noir / en couleur (precisez lesquelles ) \_\_\_\_\_

Avez vous :

- Des allergies connues (latex) : oui / non
- Des maladies dermathologiques (eczema, trouble de la cicratisation) : oui / non
- Des problèmes cardiaques ou respiratoires ( asthmes) : oui / non
- Des problèmes d'hémophilies (tendance anormale aux saignements) : oui / non

Pour les FEMMES

- Une grossesse en cours : oui / non
- Allaitement : oui / non

Barrez la mention inutile merci