

Termo de Responsabilidade – BODY PIERCING



Obrigada por escolher a Butterfly para realizar o seu piercing!

A preencher pelo encarregado de educação:

	SIM	NÃO
<i>Declaro que o meu educando tem autorização para realizar o piercing e que fui informado(a) de que existem todas as condições de higiene e segurança necessárias e de que os materiais usados estariam devidamente esterilizados.</i>		
<i>O seu educando sofre de alguma das seguintes doenças: Diabetes, hemofilia, falta de coagulação no sangue, hepatite, epilepsia, vírus HIV? Se respondeu sim, qual? _____</i>		
<i>O seu educando tem algum dos seguintes problemas de pele: Fungos, herpes, eczema, psoríase, formação de colóide? Se respondeu sim, qual? _____</i>		
<i>O seu educando está a ser medicado com analgésicos ou anticoagulantes? Se respondeu sim, qual? _____</i>		
<i>Compromete-se a seguir todas as recomendações que lhe serão dadas sobre o tratamento e cuidados a ter após a realização do piercing, assumindo a responsabilidade do que possa advir do não cumprimento das mesmas?</i>		
<i>O seu educando tem algum problema de saúde que considere importante mencionar? Se respondeu sim, qual? _____</i>		
<i>Leu e compreendeu o documento?</i>		

INFORMAÇÕES SOBRE A PESSOA QUE VAI REALIZAR O PIERCING:

Nome: _____ Telemóvel: _____

E-mail: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

ASSINATURA DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO:

(Assinatura conforme o B.I. – Deve ser anexada uma cópia do B.I. do encarregado de educação)

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

A PREENCHER PELA BUTTERFLY:

Local do Piercing:	
Piercing Usado:	
Material Usado:	
Produtos Limpeza / Cicatrização adquiridos:	
Observações:	