

# CONSENTEMENT ECLAIRÉ

Je soussigné(é),

Nom :	Prénom :
Date de naissance	
Téléphone :	

Déclare avoir été informé(é) sur les points détaillés ci-dessous et avoir reçu toutes les réponses nécessaires au bon déroulement des soins esthétiques par la technique « Supra sculpting system® ».

## Déclaration de Santé :

Je déclare ne pas souffrir d'une quelconque maladie de peau ou tout autre maladie qui m'interdise les soins esthétiques, ou porteur d'un implant métallique dans les zones traitées par la technique dite « SUPRA SCULPTING SYSTEM® ».

## Protocole et méthode :

- J'ai été informé(é) du type de la marque et du fonctionnement de l'appareil ainsi que la technique utilisée dite « SUPRA SCULPTING SYSTEM® ».
- J'ai été informé(é) du protocole mis en place en vue de l'obtention d'un résultat durable.
- J'ai été informé(é) que le résultat dépend de multiples facteurs et que les résultats peuvent différer d'une personne à l'autre en fonction de nombreux critères.
- J'ai été informé(é) de ne pas pratiquer de séance sportive intense au niveau de la zone traitée pendant la cure de « SUPRA SCULPTING SYSTEM® ».
- J'ai été informé(é) des contre-indications susceptibles de retarder, voire d'interdire le soin.

## Contre-indications :

**Objets métalliques dans le corps sur la zone traitée ou appareil électronique.**

**Opération de moins de 3 mois / Maladies grave / Insuffisance pulmonaire.**

**Troubles hémorragiques / troubles épileptiques.**

**Menstruation en cours / Femme enceinte / phase d'allaitement / j'essaie de tomber enceinte.**

**Pile cardiaque / Pacemaker / pompe à médicament / appareil auditif.**

REMARQUES PARTICULIERES :

--

Je suis disposé(e) à faire partager l'évolution et mes résultats obtenus.

**J'ai été informé(é) sur l'ensemble des dispositions que je m'engage à respecter tout au long des séances.**

**Pour valoir ce que de droit**

Fait à :

Le :

Signature :