

AUTORISATION PARENTALE
(Article R 1311-11 du code de la santé publique)



**8 rue des Lices
49100 ANGERS
Tel : 02.41.87.19.83
Immatriculé au RCS d'Angers 752 981 548**

Je soussigné, (Nom et prénom du représentant légal) : _____
Né le : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
Téléphone : _____
Pièce d'identité : _____

Autorise L'Atelier N°8 à pratiquer la technique suivante :

Piercing Tatouage

Localisation : _____

Sur mon enfant, dont je suis le tuteur légal :

Nom et prénom du mineur : _____
Né le : _____
Adresse : _____

Je déclare,

- Être majeur et ne pas être sous l'emprise de produit pouvant altérer ma capacité de jugement.
- Avoir reçu oralement les informations sur les risques que comporte la technique et les précautions à prendre après sa réalisation, conformément à l'article R1311-12 du code de la santé publique et avoir reçu la fiche d'information réglementaire.
- Être parfaitement conscient du caractère irréversible du piercing ou du tatouage sur son corps.
- Confirmer la véracité des informations médicales déclaré par mon enfant.
- Être en accord avec le professionnel sur le matériel utilisé et la localisation du piercing ou du tatouage sur son corps.
- Donner mon consentement libre et éclairé à cette intervention, dont j'accepte la pleine responsabilité.

Je m'engage à veiller au respect par mon enfant, des conseils de soins contenu dans le guide de soins qui m'est remis par L'Atelier N°8 et décharger ce dernier de toute conséquences de l'intervention.

Fait à _____ le _____

Signature