

AUTORISATION PARENTALE

(article R 1311-11 du code de la santé publique)

18, Rue de la Juiverie

44000 NANTES

tél: 02 51 82 45 76

Immatriculée au RCS de Nantes 444 894 059



8, Rue des lices

49100 ANGERS

tél: 02 41 87 19 83

Immatriculée au RCS d'Angers 752 981 548

Je soussigné, (Noms et Prénoms du représentant légal) : _____

Né le _____

Adresse : _____ Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone :

domicile _____ travail _____ portable _____

Pièce d'identité : _____

Autorise STUDIO 54 à pratiquer la technique suivante :

Piercing ☐ Tatouage ☐

Localisation : _____

Sur mon fils, ma fille, dont je suis le tuteur légal :

Nom et prénoms du mineur : _____

Né (e) le _____

Adresse : _____

Je déclare,

- Etre majeur et ne pas être sous l'emprise de produit pouvant altérer ma capacité de jugement
- Avoir reçu oralement l'information complète 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
- Etre parfaitement conscient du caractère irréversible du piercing ou du tatouage sur son corps
- Confirmer la véracité des informations médicales déclarées par mon fils, ma fille
- Etre 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 et entière responsabilité.

Je m'engage à veiller au respect par mon fils, ma fille des conseils de soin contenu dans le Guide de soins qui m'est remis par STUDIO 54 et décharger ce dernier de toutes les conséquences de l'intervention.

Fait à _____, le _____

Signature