

AUTORISATION PARENTALE

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

53, Rue Schoelcher
97200 FORT - DE - FRANCE
0593520659



4, Rue Joseph Lagrosillière
97220 LA TRINITE
0593520659

Je soussigné : _____

Noms et Prénoms du représentant légal : _____

Né le _____

Adresse : _____ Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone :

domicile _____ travail _____ portable _____

Pièce d'identité : _____

Autorise **thebox** 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 **thebox** et décharger ce dernier de toutes les conséquences de l'intervention.

Fait à _____, le _____

Signature