

# Autorisation Tutoriale

Je soussigné (e)

Parent

Nom : ..... Prénom : .....  
Né (e) le : .....  
Adresse : .....  
.....  
Pièce d'identité : .....  
Téléphone : ..... /E-mail : .....

Autorise le studio TATTOO ON MOVE à pratiquer l'acte de perçage corporel ou de tatouage par effraction cutannée ci-après décrit sur mon fils, ma fille, dont je suis le tuteur légal:

Enfant

Nature de l'acte : .....  
Nom : ..... Prénom : .....  
Né (e) le : .....  
Adresse : .....  
.....  
Pièce d'identité : .....  
Téléphone : ..... /E-mail : .....

Je déclare,

Être majeur

Être en toute possession de mes moyens,

Ne pas être sous l'emprise de produits pouvant altérer ma capacité de jugement,

Être en accord avec le professionnel soussigné sur le matériel utilisé et l'emplacement du bijou ou du tatouage sur le corps de mon fils, ma fille.

Avoir été informé des risques concernant l'acte conformément à l'article R.1311-12 du code de la santé publique.

N'avoir aucun doute quand à son aptitude sanitaire à l'acte de perçage corporel ou de tatouage par effraction cutannée.

Être parfaitement conscient du caractère irréversible de l'acte de perçage corporel ou de tatouage par effraction cutannée sur son corps et en accepter la pleine et entière responsabilité.

m'engage,

À signaler au professionnel toute maladie ou toute allergie au latex ou autre.

À faire respecter à mon fils, ma fille tous les conseils de soins dont j'ai pris connaissance dans les conditions générales contenues dans la notice relative qui m'a été remise préalablement à l'acte.

De plus je décharge le professionnel du studio TATTOO ON MOVE de toutes conséquences dues à l'acte de perçage corporel ou de tatouage par effraction cutannée, quelqu'en soit la nature (perte de connaissance, rejet, surinfection, allergie, etc...),

En cas de litige, seuls les tribunaux d'Avignon sont compétents.

Fait à ....., le .....

Signature

Lu et Approuvé