



INSTITUT DE BEAUTÉ SALON DE TATOUAGE

www.odelys.net - 02.40.96.19.79

## AUTORISATION PARENTALE

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

20, rue du roi Albert 1<sup>er</sup> - 44150 ANCENIS Tel : 02.40.96.19.79

Immatriculé au RCS de Nantes 440 141 133 00031

### Représentant légal :

Je soussigné, (Nom et prénom) : .....

Né le : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Pièce d'identité : .....

Autorise l'Institut O'Delys à pratiquer la technique suivante : Piercing - Tatouage

Localisation : .....

Sur mon enfant, dont je suis le tuteur légal :

### Mineur :

Nom et prénom : .....

Né le : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

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 de soins règlementaire.
- 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'Institut O'Delys et décharger ce dernier de toute conséquences de l'intervention.

Fait à ..... le .....

Signature :