



38 rue du faubourg de Saverne
67000 STRASBOURG
Tel : 0388222970

Consentement parental pour la réalisation d'un piercing ou tatouage

Je soussigné : _____

Domicilié : _____

Père / Mère / Tuteur / Tutrice légal(e) de : _____

Photocopie des pièces d'identité au verso obligatoire (Parents ou tuteur légaux + personne concernée)

Si tuteur, acte de tutelle. Si nom de famille différent, livret de famille + pièces d'identité.

Conformément à l'article R.1311-11 du code de la santé Publique et à l'arrêté du 3 décembre 2008 relatif à l'information préalable à la mise en oeuvre des techniques de piercing ou tatouage par effraction cutanée, atteste que :

1. Vous m'avez remis l'information prévue par le dit arrêté.
2. Vous m'avez informé de manière claire et détaillée :
 - du caractère éventuellement douloureux des actes ;
 - des risques d'infections ;
 - des précautions à respecter après la réalisation des techniques, notamment pour permettre une cicatrisation rapide.
 - du temps de cicatrisation adapté à la technique qui a été mise en oeuvre et des risques cicatriciels ;
 - des risques allergiques notamment liés aux bijoux de piercing.
 - du caractère irréversible des tatouages impliquant une modification corporelle définitive ;
 - les risques allergiques notamment liés aux encres de tatouage.
3. Vous avez procédé à la recherche de contre-indications au geste et que je vous ai fait part des maladies, traitements et interventions éventuels que j'ai à ce jour (voir encadré ci-dessous).
4. Vous m'avez expliqué les détails de l'acte en termes clairs et avez répondu à toutes mes questions.

C'est pourquoi, après un délai de réflexion suffisant ainsi qu'une évaluation sérieuse, je vous donne mon
consentement à la réalisation d'un piercing ou tatouage sur la zone suivante : _____

RECHERCHE DE CONTRE-INDICATIONS

Maladies	Prise de médicaments	Allergies	Cas particuliers
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Maladies de peau (psoriasis, eczéma...) ♦ Hémophilie ♦ Diabète ♦ Cancer ♦ Déficit immunitaire ♦ Problèmes cardiaques 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Anticoagulant ♦ Corticoïde ♦ Anti inflammatoire ♦ Aspirine ♦ Chimiothérapie ♦ Antibiotique ♦ Traitement contre l'acné 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Antiseptique (iode...) ♦ Latex ♦ Nickel 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Grossesse ♦ Récente prise d'alcool ♦ Stupéfiants ♦ Chéloïde / Cicatrice hypertrophique ♦ Epilepsie ♦ Malnutrition ♦ Herpès

Adresse e-mail :

Fait le : _____

Signature du parent :

Signature du mineur :

Signature du professionnel :