

AUTORISATION PARENTALE POUR MINEUR

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) : _____

Autorise mon enfant/pupille (Nom, Prénom) : _____

Né le _____ à se faire percer/tatouer (indiquez à quel(s) endroit(s)) _____

Auprès de SAM's Piercing. Cette autorisation ne concerne qu'un piercing à(aux) l'endroit(s) mentionné(s).

Le numéro auquel me joindre afin d'obtenir un accord verbal, si nécessaire _____

Les mineurs ne peuvent se faire un piercing/tatouage sans autorisation écrite d'un parent/représentant légal. SAM's se soumet aux règles d'hygiène les plus strictes : aiguilles stériles à usage unique, bijoux et pinces stérilisés, matériel de stérilisation selon les normes, cosmétiques hypoallergéniques. Le soussigné est responsable de l'hygiène et des soins du piercing/tatouage de son enfant en dehors de notre salon, de ce fait le soussigné décharge le perceur //tatoueur de toutes conséquences dues au piercing/tatouage (infection, rejet, allergie, etc.) et déclare en assumer l'entière responsabilité. Toutes poursuites judiciaires ou pénales sont exclues. Si vous deviez taire délibérément des informations relatives à votre autorité parentale des poursuites légales pourraient être entreprises contre vous.

Par la présente je garantis que je possède les droits de l'autorité parentale sur ce mineur.

Lieu et date : _____ Signature du parent/représentant légal _____

A joindre à ce document dûment rempli et signé :

• Copie de la pièce d'identité du représentant légal

La Borde 15 • 1018 Lausanne • Suisse
Téléphone +41 (0)21 / 323 14 47 • Mobile +41 (0)76 / 430 97 78 • info@sams-piercing.ch
www.sams-piercing.ch

Décharge à remplir par les mineurs

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Etes-vous majeur ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Etes-vous sous traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous en bonne santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffrez-vous d'allergie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etes-vous hémophile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'épilepsie, de diabète, d'insuffisance cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Etes-vous atteint d'HIV, hépatite ou autres maladies ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Prenez-vous un traitement qui liquéfie le sang : sintron, aspirine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Etes-vous sous l'emprise de l'alcool, de la drogue ou de médicament ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Nom et Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____ No de tél. : _____

E-mail : _____ @ _____ Comment avez-vous connu SAM's : _____

Quel pièce d'identité présentez-vous pour garantir de votre identité : _____ No : _____

J'assure de la conformité des informations données.

Lieu et date : _____ Signature : _____

La Borde 15 • 1018 Lausanne • Suisse
Téléphone +41 (0)21 / 323 14 47 • Mobile +41 (0)76 / 430 97 78 • info@sams-piercing.ch
www.sams-piercing.ch