



Tatoueur :

**ACTE DE TATOUAGE
Autorisation parentale**

Nous soussignés
certifions autoriser notre enfant.....
à se faire pratiquer un acte de tatouage.

Nous certifions également que notre enfant n'est sous l'influence d'aucun stupéfiant (psychotropes, alcool, drogues, etc.), et ne présente aucun problème médical de nature à proscrire une séance de tatouage :
hémophilie, sida, hépatite B ou C, diabète (immuno-dépendant), eczéma, épilepsie, allergie aux produits utilisés (encres, pigments...), cicatrices, chéloïdes.

Nous déclarons avoir reçu une information claire et complète sur les éventuels risques liés à l'acte de tatouage.

Nous déclarons également avoir pris connaissance des soins et de l'entretien à faire après l'acte de tatouage.

Notre démarche est volontaire.

Date :

Signatures :