

AUTORISATION

À L'ATTENTION DU REPRÉSENTANT LÉGAL

AFIN D'ÉVITER TOUT PROBLÈME, JE VOUS SOUMET CE FORMULAIRE ET RESTE À VOTRE DISPOSITION POUR D'ÉVENTUELLES QUESTIONS.

A.S.PIERCING SARL S'ENGAGE À RÉALISER LE PIERCING DANS LES MEILLEURES CONDITIONS D'HYGIÈNE (SOUMISES AUX NORMES CANTONALES ET FÉDÉRALES).

REPRÉSENTANT LÉGAL :

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

TÉL :

MINEUR :

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

TÉL :

**LE SOUSSIGNÉ AUTORISE LA RÉALISATION DU PIERCING SUIVANT (ENDROIT) :
SUR UN MINEUR ET CONFIRME ÊTRE SON REPRÉSENTANT LÉGAL.
IL JOINT UNE PHOTOCOPIE DE SA CARTE D'IDENTITÉ AINSI QUE
CELLE DU MINEUR.**

DATE ET SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL :

.....