

**AUTORISATION PARENTALE**  
(article R 1311-11 du code de la santé publique)

- Je soussigné, (Nom, Prénom du représentant légal) :

Né(e) le :

Adresse :

N° de téléphone :

Pièce d'identité :

Autorise NSJ à pratiquer la technique de perçage corporel suivante (Localisation du piercing) :

Sur mon fils/ma fille, dont je suis le représentant légal :

Nom et prénom du mineur :

Né(e) le :

Je déclare :

- Être majeur et ne pas être sous l'emprise de substances pouvant altérées ma capacité de jugement,
- Avoir reçu oralement les informations complètes sur les risques que comportent la technique et les précautions a prendre après sa réalisation, conformément a l'article R1311-12 du code de la santé publique et avoir reçu la fiche d'information réglementaire,
- Être parfaitement conscient du caractère irréversible du piercing sur son corp,
- Confirmé la véracité des informations médicales déclaré par mon fils/ma fille,
- Être en accord avec le professionnel sur le matériel utilisé et la localisation du piercing,
- Donner mon consentement libre et éclairé a cette intervention, dont j'accepte la pleine et entière responsabilité.

J e m'engage à veiller au respect par mon fils/ma fille des conseils de soin contenu dans le Guide de soins qui m'est remis par NSJ et décharger ce dernier de toutes les conséquences de l'intervention.

Fait à :  
Signature :

Le :