

Service émetteur : Délégation départementale du  
Morbihan  
Animation territoriale de santé

Téléphone : 02 97 62 77 25  
Télécopie : 02 97 63 69 49

## DECLARATION POUR L'EXERCICE DE L'ACTIVITE DE TATOUAGE PAR EFFRACTION CUTANEE Y COMPRIS MAQUILLAGE PERMANENT ET DE PERÇAGE CORPOREL

Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions de :

- l'article R.1311-2 du code de la santé publique
- l'arrêté du 3 décembre 2008 relatif à l'information préalable à la mise en œuvre des techniques de tatouage par effraction cutanée, de maquillage permanent et de perçage corporel
- l'arrêté du 12 décembre 2008 pris pour l'application de l'article R.1311-3 du code de la santé publique
- l'arrêté du 23 décembre 2008 fixant les modalités de déclaration des activités de tatouage par effraction cutanée, y compris de maquillage permanent et de perçage corporel

Je soussigné(e), ..... effectue par la présente, la déclaration relative à l'exercice de mon activité de.....

NOM ..... PRENOM .....

ADRESSE.....

TEL .....

COURRIEL.....

ACTIVITE.....

ADRESSE DU OU DES LIEUX D'EXERCICE DE L'ACTIVITE AVEC INDICATION DU LIEU  
PRINCIPAL D'EXERCICE (si plusieurs lieux d'exercice, merci de les énumérer):

.....  
.....  
.....

FORMATION AUX REGLES GENERALES D'HYGIENE ET SALUBRITE DEFINIES PAR L'ARRETE  
DU 12 DECEMBRE 2008. (JE JOINS UNE COPIE DE MON ATTESTATION)

*L'ARS Bretagne procède au traitement de vos données personnelles afin d'assurer le suivi des activités de tatouage déclarées. Vos données sont conservées pendant toute la durée de votre activité professionnelle de tatoueur et sont destinées aux services de l'ARS auprès desquels vous êtes susceptible de communiquer les déclarations. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression à l'égard des données qui vous concernent, que vous pouvez exercer à l'adresse suivante, en joignant à votre demande un justificatif d'identité :*

[ARS-BRETAGNE-CIL@ars.sante.fr](mailto:ARS-BRETAGNE-CIL@ars.sante.fr)

LIEU et DATE

SIGNATURE