

Délégation départementale du
Département veille et
Sécurité Sanitaires
Tél : 02 98 64 58 36 ou 50 59

**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
- l'arrêté du 11 mars 2009 relatif aux bonnes pratiques d'hygiène et de salubrité pour la mise en œuvre des techniques de tatouage par effraction cutanée, y compris de maquillage permanent et de perçage corporel, à l'exception de la technique du pistolet perce-oreille

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 :
.....
.....
.....

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

LIEU et DATE

SIGNATURE

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/maquilleur/perceur et sont destinées aux services de l'ARS et à tout autre service ou organisme auquel ces informations seraient à communiquer. 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

Délégation départementale du Finistère
5, venelle de Kergos
29324 QUIMPER Cédex
Tél : 02.98.64.50.50
www.ars.bretagne.sante.fr