

**DECLARATION D'APTITUDE SANITAIRE ET  
AUTORISATION PARENTALE**

**TATOUAGE**

HOLY GHOST TATTOO 8, bvd Roosevelt L-2450 LUXEMBOURG

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

démeurant à \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Né(e) à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Agissant en représentant légal de: \_\_\_\_\_

Né(e) à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

**Déclare expressément pour le mineur sus nommé :**

- qu'il n'est pas sous l'emprise de substances illicites ou de l'alcool et d'une façon générale, de tout produit pouvant altérer sa capacité de raisonnement
- l'autorise ce jour à faire effectuer sur son corps un acte de TATOUAGE pour lequel je sollicite la société HOLY GHOST TATTOO
- qu'il s'est suffisamment restauré avant l'acte de TATOUAGE
- qu'il n'y a aucun doute à son aptitude sanitaire à l'acte de TATOUAGE

**Reconnait**

- avoir choisi avec le mineur sus nommé les motifs du TATOUAGE sur une partie de son corps préalablement définie

**M'engage pour le mineur sus nommé:**

- à respecter toutes les consignes données sur la notice de soins qui me sera remise, pour les soins à apporter par la suite

**Reconnait en outre:**

- être parfaitement conscient du caractère irréversible de l'acte de TATOUAGE sur son corps et en acceptant la responsabilité pleine et entière

**De son côté, Holy Ghost Tattoo déclare**

- prendre toutes les précautions nécessaires d'hygiène, utiliser des aiguilles stériles à usage unique et stériliser dans les conditions les plus strictes le matériel à usage multiple

**Ce document doit être accompagné de la photocopie  
d'une pièce d'identité du représentant légal**

\_\_\_\_\_  
Date et signature du représentant légal