

AUTORISATION MINEUR(E)

PARENTS :

NOM :PRENOM :

RESIDANT A :

N°DE TÉLÉPHONE JOIGNABLE LE JOUR DU PIERCING :

SIGNATURE.....

AUTORISE LE STUDIO DE PIERCING « R » ETHIK À PRATIQUER SUR MA FILS OU MA FILLE LE PIERCING

SUIVANT :

MINEUR(E) :

NOM :PRENOM :

NÉ (E) LE :

S'ENGAGE À SUIVRE SCRUPULEUSEMENT LES SOINS QUI VONT LUI ÊTRE CONSEILLÉS LE JOUR DU PIERCING.

« R »ETHIK S'ENGAGE À TOUT METTRE EN ŒUVRE AFIN DE RÉALISER LE PIERCING DANS LES NORMES D'HYGIÈNES LES PLUS STRICTES , S'APPUYANT SUR LA CHARTE D'HYGIÈNE DU SPPF(SYNDICAT PROFESSIONNEL DES PERCEURS FRANCAIS) DONT IL EST MEMBRE .

DE PLUS « R » ETHIK S'ENGAGE À SUIVRE MOIS PAR MOIS LA CICATRISATION DU PIERCING.

