

**DECLARATION DES ACTIVITES DE TATOUAGE PAR EFFRACTION CUTANEE Y COMPRIS DE MAQUILLAGE PERMANENT, ET DE PERCAGE CORPOREL**

**Article R 1311-2 du Code de la Santé Publique**

(Document à adresser préalablement à tout démarrage d’activité) à :

* ARS Délégation Départementale 05

Service règlementation sanitaire

Parc Agroforest – 5, rue des Silos

05004 GAP Cedex

NOM et Prénom du déclarant : ……………………………………………………………………………………………………………

ADRESSE PERSONNELLE : ……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ENSEIGNE DE VOTRE ACTIVITE : ………………………………………………………………………………………………………..

ADRESSE DU OU DES LIEUX D’EXERCICE DE L’ACTIVITE : …………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

TELEPHONE  : ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

ADRESSE DE MESSAGERIE : ……………………………………………………………………………………………………………………

N° SIRENE (facultatif) : ……………………………………………………………………………………………………………………..

NATURE DE LA ou DES TECHNIQUES MISES EN ŒUVRE (article R 1311-1 du CSP)…………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Date :

Signature :

**DOCUMENTS A JOINDRE A CE FORMULAIRE** :

* PIECE D’IDENTITE (Copie)
* ATTESTATION DE FORMATION
* JUSTIFICATIF DE PAIEMENT DE CETTE FORMATION