

Démarche : ARS Bretagne - Déclaration pour l'exercice de l'activité de tatouage, maquillage permanent et perçage corporel

Organisme : ARS Bretagne

## Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>

## Formulaire

Déclaration pour l'exercice de l'activité de tatouage permanente ou ponctuelle par effraction cutanée y compris maquillage permanent et de perçage corporel.

**Nom de l'établissement**

**Pseudonyme**

Si vous n'avez pas de pseudonyme, saisissez votre nom et prénom.

**Pièce d'identité**

## Déclaration d'activité permanente ou ponctuelle ?

**Souhaitez-vous réaliser une déclaration d'activité permanente ou ponctuelle ?**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Déclaration d'activité permanente

☐ Déclaration d'activité ponctuelle

## Dispositions

**Conformément aux dispositions de :**

**Article 1 :**

La déclaration prévue à l'article R. 1311-2 du code de la santé publique est adressée préalablement au démarrage de l'activité au préfet du département du lieu principal dans

ARS Bretagne - Déclaration pour l'exercice de l'activité de tatouage, maquillage permanent et perçage pour lequel cette activité sera exercée.

Pour l'application des chapitres Ier, II et IV du présent arrêté, est considérée comme « déclarant » la personne physique mettant en œuvre une ou plusieurs des techniques mentionnées à l'article R. 1311-1 du code de la santé publique.

#### Article 2 :

I.  La déclaration mentionne :

1° Les nom et prénom du déclarant ;

2° L'adresse du ou des lieux d'exercice de l'activité ;

3° La nature de la ou des techniques mises en œuvre prévue à l'article R. 1311-1 du code de la santé publique.

II. - Le déclarant produit l'attestation de formation ou le titre accepté en équivalence conformément à l'article R. 1311-3 du code de la santé publique.

#### Article 3 :

Lorsqu'il estime que la déclaration est en la forme irrégulière ou incomplète, le préfet invite le déclarant à régulariser ou à compléter sa déclaration.

Le préfet donne récépissé de la déclaration complète au déclarant.

#### Conformément aux dispositions de

#### Article 5 :

Par dérogation aux dispositions des chapitres Ier et II du présent arrêté, la mise en œuvre ponctuelle sur un lieu d'activités de tatouage, de maquillage permanent ou de perçage est déclarée selon les modalités prévues au présent chapitre.

L'exercice ponctuel s'entend d'une durée n'excédant pas cinq jours ouvrés par an sur un lieu.

Pour l'application du présent chapitre, est considéré comme « déclarant » l'exploitant ou le propriétaire des lieux dans lesquelles la ou les techniques sont mises en œuvre ou la personne physique mettant en œuvre la ou les techniques ou, le cas échéant, l'organisateur de la manifestation.

#### Article 6 :

I.  La déclaration mentionne :


1° Les nom, prénom et qualité du déclarant ;

2° L'adresse du ou des lieux de mise en œuvre de la ou des techniques prévues à l'article R. 1311-1 du code de la santé publique ;

3° Le ou les dates de mise en œuvre de la ou des techniques ;

4° La nature de la ou des techniques mises en œuvre ;

5° Les nom et prénom des personnes physiques mettant en œuvre la ou les techniques.

II.  Le déclarant produit une attestation sur l'honneur que les personnes mentionnées au 5° du I du présent article respectent les dispositions énoncées par l'article R. 1311-3 du code de la santé publique.

**Je certifie effectuer, par la présente, la déclaration relative à l'exercice de mon activité, indiquée ci-dessous.**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

## Coordonnées

Adresse électronique

Téléphone

## Déclaration en tant que

**Vous effectuez cette déclaration en tant que**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Organisation de manifestation(s) (salon par exemple)
- ☐ Exploitant ou propriétaire du lieu où les techniques seront mises en oeuvre
- ☐ Personne mettant en oeuvre les techniques

## Activité

**Déclare mettre en oeuvre la ou les techniques suivantes (cocher la ou les cases correspondantes) :**

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Tatouage par effraction cutanée
- ☐ Maquillage permanent
- ☐ Perçage corporel

## Déclaration sur l'honneur

**Je déclare qu'une ou plusieurs des techniques de tatouage par effraction cutanée, y compris de maquillage permanent, ou de perçage corporel, seront mises en oeuvre aux lieux et aux dates ci-dessous.**

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

**Les techniques suivantes seront mises en oeuvre (cocher la ou les cases correspondantes) :**

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Tatouage par effraction cutanée
- ☐ Maquillage permanent
- ☐ Perçage corporel

## Département d'activité du lieu principal d'exercice

**Département d'activité**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ 22 - Côtes d'Armor
- ☐ 29 - Finistère
- ☐ 35 - Ille et Vilaine
- ☐ 56 - Morbihan

## Adresse du ou des lieux d'exercice de l'activité

**Adresse du lieu principal d'exercice de l'activité**

Adresse du ou des lieux secondaires d'exercice de l'activité

Lieu et dates

Nom de l'établissement, raison sociale ou nom de l'évènement

Adresse

Date(s) de la manifestation

Nom de l'établissement, raison sociale ou nom de l'évènement

Adresse

Date(s) de la manifestation

Nom de l'établissement, raison sociale ou nom de l'évènement

Adresse

Date(s) de la manifestation

## Techniques mises en oeuvre par

Ces techniques seront mises en oeuvre par les personnes suivantes

Nom

Prénom

Prénom

Nom

Prénom

## Attestation sur l'honneur

J'atteste sur l'honneur que les personnes désignées ci-dessus respectent les dispositions énoncées par l'article R.1311-3 du code de la santé publique en ayant obtenu l'attestation de formation aux conditions d'hygiène et de la salubrité

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

## Formation aux règles générales d'hygiène et salubrité définies par l'arrêté du 12 décembre 2008

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Je joins une copie de mon attestation de formation aux règles générales d'hygiène et de la salubrité.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Joindre les attestations de formation aux règles d'hygiène et de la salubrité.

## Les déchets d'activité de soins à risques infectieux

Avez-vous un contrat pour l'élimination de déchets de soins ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Si oui, je joins mon contrat.

Si non, veuillez trouver, ci-dessous, à titre indicatif, un lien qui vous renvoie sur une liste des sociétés de collecte en Bretagne.

<https://www.bretagne.ars.sante.fr/media/119881/download?inline>

## Les déchets d'activité de soins à risques infectieux

Avez-vous un contrat pour l'élimination de déchets de soins ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

☐ Si oui, je joins mon contrat.

**Si non, veuillez trouver, ci-dessous, à titre indicatif, un lien qui vous renvoie sur une liste des sociétés de collecte en Bretagne.**

<https://www.bretagne.ars.sante.fr/media/119881/download?inline>

**Mentions d'information RGPD**

L'ARS Bretagne procède à un traitement de vos données personnelles, traitement nécessaire à la mission d'intérêt public dont est investie l'ARS en vertu de l'article L. 1431-2 du Code de la santé publique.

Vos données sont conservées pendant 5 ans et sont uniquement destinées aux services internes de l'ARS en charge de l'instruction des dossiers.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, vous opposer au traitement de ces données, les faire rectifier ou geler l'utilisation de vos données en exerçant votre demande auprès du délégué à la protection des données : ARS-BRETAGNE-CIL@ars.sante.fr ou par voie postale.

Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) si vous estimez que le traitement de vos données constitue une violation de la réglementation.