

Démarche : ARS BFC - Déclaration d'activité permanente de tatouage par effraction cutanée, maquillage permanent et piercing en Bourgogne-Franche-Comté

Organisme : Agence Régionale de Santé de Bourgogne-Franche-Comté-TATOU

## Identité du demandeur

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

## Formulaire

Cette procédure permet de déclarer les activités permanentes de tatouage par effraction cutanée, maquillage permanent et piercing. La déclaration doit être réalisée au moins 21 jours avant la date de début de l'activité. Elle donne lieu à la délivrance d'un récépissé.

### REFERENCES REGLEMENTAIRES

Articles R 1311-2 et R 1311-3 du Code de la Santé Publique

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

### PREAMBULE

- Si vous exercez dans plusieurs départements de la région Bourgogne-Franche-Comté, merci de remplir une déclaration par département d'exercice.
- Les activités exercées dans un département d'une autre région que la région Bourgogne-Franche-Comté doivent être déclarées à l'ARS de la région du lieu d'exercice.
- Les activités temporaires doivent faire l'objet d'une déclaration d'activité temporaire sur le formulaire <https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/declaration-activite-temporaire-de-tatouage>

### VOTRE ACTIVITE

#### Numéro du département d'activité

veuillez choisir votre département d'activité dans la liste déroulante

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 21

☐ 25

## ARS BFC - Déclaration d'activité permanente de tatouage par effraction cutanée, maquillage per

☐ 39

☐ 58

☐ 70

☐ 71

☐ 89

☐ 90

### Cette activité résulte-t-elle d'un transfert d'une activité précédente ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

### Si oui, quel est le numéro du récépissé de la déclaration de l'activité transférée ?

si disponible

## IDENTITE DU DECLARANT

Nom patronymique (nom de naissance)

Nom d'usage (nom d'épouse, nom d'usage si différent du nom de naissance)

Prénom

## ADRESSE PERSONNELLE

numéro et nom de rue

Code postal

Commune

Saisir de nouveau le code postal puis sélectionnez la commune dans la liste

## ACTIVITE MISE EN OEUVRE

Type d'activité

(choisir dans la liste déroulante ci-dessous)

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ Tatouage par effraction cutanée

☐

☐ Perçage corporel

**Mon activité est exercée à mon adresse personnelle**

Si non, indiquer ci-dessous les coordonnées de l'établissement

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

## RAISON SOCIALE DE L'ETABLISSEMENT

Nom de l'établissement

Numéro de rue de l'établissement

Nom de la rue de l'établissement

Code postal de l'établissement

Commune de l'établissement

Saisir de nouveau le code postal puis sélectionnez la commune dans la liste

Téléphone

Mail

Date de début d'activité

N° SIRET de l'établissement

si disponible

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

☐ Si votre activité permanente s'exerce sur différents lieux dans le département du premier lieu d'exercice, merci de compléter le document modèle proposé ci-dessous en cliquant sur "le modèle suivant", enregistrez le sur votre ordinateur, puis joignez-le à votre formulaire en cliquant sur "Choisir un Fichier", ci-dessous :

(nommez votre document DDLE- NOM\_Prénom.docx, exemple : DDLE\_DUPONT\_Jean.docx)

**Si votre activité permanente s'exerce sur différents lieux dans un autre département que la première activité déclarée, merci de compléter une nouvelle déclaration d'activité permanente pour ces lieux**

# ARS BFC - Déclaration d'activité permanente de tatouage par effraction cutanée, maquillage per **DOCUMENT A JOINDRE OBLIGATOIREMENT**

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

☐ Veuillez déposer ici votre attestation de formation en soins d'hygiène

Si vous ne disposez pas de votre attestation de formation, vous pourrez jusqu'au passage en instruction, revenir sur votre dossier pour le compléter ultérieurement. Seuls les dossiers complets feront l'objet d'une instruction et de la délivrance d'un récépissé de déclaration.

## **COMMUNICATION PUBLIQUE DE VOTRE ACTIVITE**

**J'accepte que mes nom et adresse professionnelle soient mis en ligne sur le site de l'ARS dans la liste des personnes déclarées pour pratiquer soit le tatouage par effraction cutanée ou le perçage corporel ou le maquillage permanent à l'ARS Bourgogne Franche-Comté (cochez la mention OUI ci-dessous pour accord)**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

## **RGPD**

« La loi n 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique à toutes données personnelles communiquées au travers de ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification sur ces données aux personnes concernées.

Toute demande d'accès ou de rectification doit être adressées auprès de l'Agence Régionale de Santé à :

Délégué à la protection des données

Département des affaires juridiques

Agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté

2 place des savoirs 21000 Dijon

Ou

ARS-BFC-DPD@ars.sante.fr »