

# Décharge et autorisation parentale

Studio Steel  
540 boulevard Marcotte, Roberval, QC, G8H 1Z6  
418-618-8895

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ (nom du parent)  
affirme être le/la \_\_\_\_\_ (lien de parenté)  
Demeurant à \_\_\_\_\_ (ville)  
Téléphone \_\_\_\_\_

Agissant en représentant légal de \_\_\_\_\_ (nom de l'enfant)

## Le soussigné

- reconnaît avoir choisi, avec le mineur sus nommé, l'emplacement du perçage sur son corps : \_\_\_\_\_ (type de perçage)
- est responsable de l'hygiène et des soins du perçage de son enfant en dehors de notre salon, de ce fait, le soussigné décharge Stéfany, la perceuse, de toutes conséquences dues au perçage (infection, rejet, allergie, etc.) et déclare en assumer l'entière responsabilité.
- Toutes poursuites judiciaires ou pénales sont exclus. Si vous deviez taire délibérément des informations relatives à votre autorité parentale, des poursuites légales pourraient être entreprises contre vous.

**Par la présente, je garantis que je possède les droits de l'autorité parentale sur ce mineur**

Date \_\_\_\_\_ Signature du parent \_\_\_\_\_

## Décharge pour le mineur

Nom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

### NE PAS REMPLIR ; RÉSERVÉ À STÉFANY

Pièce d'identité pour le mineur non accompagné :

Type de pièce : permis de conduire  carte d'assurance maladie  autre \_\_\_\_\_

No : \_\_\_\_\_

### Le mineur

- s'engage à respecter toutes les consignes données sur la notice \*soins généraux\* remise, pour les soins à apporter par la suite.
- assure de la conformité des informations données.

### Studio Steel et Stéfany

- déclarent 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 unique.
- se dégagent de toute responsabilité dans le cas d'une utilisation frauduleuse de ce document.

Date \_\_\_\_\_ Signature du mineur \_\_\_\_\_