

Démarche : Déclaration de cessation d'activité de tatouage, perçage et maquillage permanent

Organisme : Délégation territoriale de Vendée

Identité du demandeur

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

Formulaire

Formulaire de déclaration de cessation d'une activité de tatouage par effraction cutanée, de perçage corporel, de maquillage permanent, auprès de l'Agence régionale de santé Pays de la Loire.

Textes de référence :

Article R.1311-2 du code 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

Identité et coordonnées du professionnel déclarant

Civilité

Mme

M.

Nom d'usage

Nom de naissance

si différent du nom d'usage

Prénom

Courriel de contact

Déclaration de cessation d'activité de tatouage, perçage et maquillage permanent

Numéro de téléphone de contact

Lieu d'activité

Département de la région Pays de la Loire

Veuillez choisir votre département d'activité dans la liste déroulante

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

44

49

53

72

85

Adresse du lieu d'activité

Si plusieurs lieux d'activité sur la région, faire autant de déclaration de cessation que de lieu d'activité.

Nom commercial du lieu

Indiquer le nom commercial du studio

Techniques mises en oeuvre

Nature de l'activité

Plusieurs choix possibles

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

Tatouage par effraction cutanée

Perçage corporel

Maquillage permanent

Date de fin d'activité

Respecter le format aaaa-mm-jj