

**DECLARATION DE TRANSFERT D'UNE ACTIVITE DE TATOUAGE  
PAR EFFRACTION CUTANEE,  
DE MAQUILLAGE PERMANENT ET DE PERÇAGE CORPOREL**

**Textes de référence :**

- 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

\* \* \* \* \*

**Je soussigné(e),**

NOM DE NAISSANCE :

Le cas échéant, NOM MARITAL ou D'USAGE :

PRENOM(S) :

ADRESSE :

**Déclare mettre en œuvre la ou les techniques suivantes :**

- Tatouage par effraction cutanée
- Maquillage permanent
- Perçage corporel
- Perçage uniquement par la technique du perce-oreille du pavillon de l'oreille et de l'aile du nez (**dans ce cas, vous n'avez pas besoin de joindre une attestation de formation**)

**Formation :**

- J'atteste sur l'honneur que je respecte les obligations de formation aux conditions d'hygiène et de salubrité énoncées par l'article R. 1311-3 du code de la santé publique.

*C'est-à-dire que je suis titulaire de l'attestation de formation aux conditions d'hygiène et de salubrité ou du diplôme accepté en équivalence **obligatoire depuis le 26/12/2011***

**Je joins à ma déclaration l'attestation de formation ou le titre accepté en équivalence.**

\* \* \* \* \*

**Cette activité était auparavant exercée à l'adresse suivante :**

Nom de l'établissement, raison sociale :

Adresse : N° de la voie :

Type de voie (avenue, etc.) :

Nom de la voie :

Code Postal :

Commune :

Téléphone :

Mél. :

**Le cas échéant, autres lieux d'exercice de l'activité :**

***Lieu n°2***

Nom de l'établissement, raison sociale :

Adresse : N° de la voie :

Type de voie (avenue, etc.) :

Nom de la voie :

Code Postal :

Commune :

Téléphone :

Mél. :

-----  
***Cette activité sera exercée à l'adresse suivante à compter du ...../...../..... :***

Nom de l'établissement, raison sociale :

Adresse : N° de la voie :

Type de voie (avenue, etc.) :

Nom de la voie :

Code Postal :

Commune :

Téléphone :

Mél. :

-----  
**Le cas échéant, autres lieux d'exercice de l'activité :**

***Lieu n°2***

Nom de l'établissement, raison sociale :

Adresse :      N° de la voie :  
                  Type de voie (avenue, etc.) :  
                  Nom de la voie :  
                  Code Postal :  
                  Commune :  
                  Téléphone :  
                  Mél. :

\*\*\*\*\*

Fait à .....

Le ...../...../.....

Cachet et signature du déclarant

Cadre réservé à l'Administration :  
Numéro d'enregistrement :  
Date d'arrivée : .... /...../.....  
Observations :

**NOTICE EXPLICATIVE A LA DECLARATION DE TRANSFERT D'UNE ACTIVITE DE  
TATOUAGE PAR EFFRACTION CUTANEE,  
DE MAQUILLAGE PERMANENT ET DE PERCAGE CORPOREL**

**Textes de référence :**

- 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

Le formulaire de déclaration de transfert d'activité doit être adressé à la délégation du département du lieu de la nouvelle l'activité et au moins 15 jours avant le transfert d'activité.

- Si la nouvelle activité est exercée dans le Cher :

**Mme la directrice générale de l'agence régionale de Santé  
Centre-Val de Loire  
Délégation Départementale du Cher  
6 place de la Pyrotechnie - Caserne Lariboisière  
Bâtiment D 2<sup>ème</sup> étage - CS 80 003  
18023 BOURGES Cedex**

- Si la nouvelle activité est exercée dans l'Eure-et-Loir :

**Mme la directrice générale de l'agence régionale de Santé  
Centre-Val de Loire  
Délégation Départementale d'Eure-et-Loir  
15 place de la République - CS 70527  
28019 CHARTRES Cedex**

- Si la nouvelle activité est exercée dans l'Indre :

**Mme la directrice générale de l'agence régionale de Santé  
Centre-Val de Loire  
Délégation Départementale de l'Indre  
Cité administrative - Bâtiment C - CS30587 Boulevard George Sand  
36019 CHATEAUROUX Cedex**

- Si la nouvelle activité est exercée dans l'Indre-et-Loire :

**Mme la directrice générale de l'agence régionale de Santé  
Centre-Val de Loire  
Délégation Départementale d'Indre-et-Loire  
Cité administrative Champ Girault  
38 rue Edouard Vaillant  
CS 94214  
37042 TOURS CEDEX 1**

- Si la nouvelle activité est exercée dans le Loir-et-Cher :

**Mme la directrice générale de l'agence régionale de Santé  
Centre-Val de Loire  
Délégation Départementale du Loir-et-Cher  
CS 1820 - 41 rue d'Auvergne  
41018 BLOIS Cedex**

- Si la nouvelle activité est exercée dans le Loiret :

**Mme la directrice générale de l'agence régionale de Santé  
Centre-Val de Loire  
Délégation Départementale du Loiret  
131 Faubourg Bannier – Cité Coligny  
BP 74409  
45044 ORLEANS cedex 1**