



Autorisation tutoriale Pour les mineurs de plus de 16 ans

Je soussigné(e),

Nom prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville.....

N° de téléphone :/...../...../...../.....

Mail :

Date de naissance :/...../.....

Autorise VAUBAN TATTOO à pratiquer le piercing :

sur,

Nom prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville.....

N° de téléphone :/...../...../...../.....

Mail :

Date de naissance :/...../.....

Lu et Approuvé, (réinscription manuscrite)

Fait à le.....

Signature du pierceur,

Signature du tuteur ,