

N° RÉFÉRENCE

Date de réception:

Ne pas remplir

N° PARTENAIRE

**ANNONCE D'ACTIVITÉS ESTHÉTIQUES PRÉSENTANT UN RISQUE POUR
LA SANTÉ**❖ **Enseigne exacte de l'institut**

Si reprise d'une entreprise existante : ancien nom

Adresse

NPA et localité

Téléphone

Courriel

❖ **Entité titulaire (bénéficiaire économique)**

Forme juridique

Entreprise individuelle

SA

Sàrl

Soc. en nom collectif

Soc. en commandite

Coopérative

Fondation

Société simple

Association

Collectivité ou établissement de droit public

Nom de la société (si inscrite au registre du commerce)

Personne exerçant la direction ou la présidence de la société ou personne en entreprise individuelle :

Civilité

Madame

Monsieur

Nom

Prénom

Date de naissance

Nationalité

Rue et N°

NPA et localité

Téléphone

Portable

Courriel

❖ **Personne responsable***(personne physique gérant l'entreprise de manière effective, en assurant la direction en fait de celle-ci)*

Civilité

Madame

Monsieur

Nom

Prénom

Date de naissance

Nationalité

Rue et N°

NPA et localité

Téléphone

Portable

Courriel

❖ Domaines d'activité

Utilisation d'appareil(s) nécessitant une attestation de compétence
(p. ex. laser, radiofréquence, cryolipolyse, plasmaPen, etc.)

Description des activités :

Soin(s) ou technique(s) pouvant entraîner des dommages à la peau
(p. ex. dermabrasion, etc.) **Description des activités :**

Blanchiment des dents (concentration en peroxyde max. 0,1%)

DOCUMENTS À JOINDRE À L'ANNONCE

- Copie des attestations de compétence conformément à l'O-LRNIS (<https://www.bag.admin.ch/fr/traitements-qui-utilisent-du-rayonnement-non-ionisant-ou-du-son-informations-generales-sur-les-attestations-de-competences>) et liste des personnes qui en sont titulaires
- Pour le blanchiment des dents : notice et/ou photos du produit utilisé

RESTRICTIONS LÉGALES

À partir du 1^{er} juillet 2025, les injections de produits thérapeutiques, médicaments ou dispositifs médicaux à but esthétique, comme les produits injectables pour le traitement des rides, ne peuvent être pratiquées que par certain-e-s professionnels-elles de la santé.

La personne procédant à l'annonce atteste que les informations fournies sont exactes et complètes. La personne qui signe doit être habilitée à le faire par l'entité requérante. À défaut, l'annonce est nulle.

Lieu et date _____

Signature du/de la requérant-e _____