**Formulaire de notification d’un LASER à visée cosmétique et/ou esthétique**

Les informations, qui vous concernent, recueillies sur ce formulaire font l’objet d’un traitement par le Ministère de la Santé. Ces informations sont conservées pour la durée nécessaire par l’administration à la réalisation de la finalité du traitement. En poursuivant votre démarche, vous acceptez que vos données personnelles soient traitées dans le cadre de votre demande.

Nom du déclarant :

Nom du siège de l’établissement :

Adresse du siège national :

**Informations relatives à l’établissement détendeur du laser:**

Nom :

Rue :       N°

Code Postal :       Localité :

N° d’arrêté d’autorisation ITM :

**Information sur le contrôle qualité :**

Nom de l’organisme de contrôle agrée :

Nom du responsable sécurité laser :

**Informations relatives à l’appareil (aux appareils) :**

Veuillez compléter l'annexe I : Informations relatives aux appareils Laser.

Nombre total d’appareils se trouvant à **cette** adresse :

Nombre d’appareils se trouvant dans d’autres établissements (annexe I à remplir pour chaque établissement)

**Information sur les utilisateurs du laser :**

Nombre total d’utilisateurs du laser :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Certificat de formation joint |
|       |       | [ ]  |
|       |       | [ ]  |
|       |       | [ ]  |
|       |       | [ ]  |
|       |       | [ ]  |
|       |       | [ ]  |

Documents requis :

* Pour chaque Laser prière de bien vouloir joindre une copie du certificat CE relatif aux dispositifs médicaux
* Pour chaque utilisateur du Laser prière de bien vouloir joindre un certificat de formation

Je certifie que les informations données ci-dessus sont exactes et complètes.

Date de la demande : **28/01/2021**

Signature :

|  |  |
| --- | --- |
| **N° dossier** | **Annexe I : Informations relatives aux appareils Laser** |
| **04/02/2019** |
| **Etablissement :** |  |
| **Responsable sécurité laser :**  |       |
| **Nom de l’organisme de contrôle :** |       |
|  | Fabriquant : | Modèle : | N° série : | N° d’id de ON  | Type laser (p.ex diode) | Classification LASER EN30825 : | Longueur d’onde max | Puissance maximale (en W) : | EnergiePuls maximal (en J) : | Certificat CE joint |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Je déclare qu’il n’y a pas d’autres lasers à l’adresse indiquée ci-dessus. |
| **Date de signature :** | **Nom et signature du déclarant :** |