

XXL LASHES

Fiche technique client(e)

Nom	Prénom
Adresse	Téléphone
Courriel	Date de naissance

1. Actuellement suivez-vous un traitement médicamenteux ? Oui Non
2. Êtes-vous sujet(te) aux allergies ? Oui Non
3. Êtes-vous sensible à des produits en particulier ? Oui Non
4. Êtes-vous allergique à la colle, aux bandes adhésives, aux pansements ? Oui Non
5. La zone autour de vos yeux et de vos paupières est-elle sensible ? Oui Non
6. Le pourtour de vos yeux est-il enflammé ou sujet à une affection ? Oui Non
7. Souffrez-vous de dermatose ou d'eczéma ? Oui Non
8. Quels sont les résultats de votre test de tolérance ? _____

Je reconnais l'exactitude des informations portées ci-dessus. Je comprends que l'esthéticienne les prendra en considération et en tiendra compte dans le choix des soins qu'elle utilisera, ces soins devant être sûrs et efficaces. J'assume ma responsabilité au regard des informations données et aussi des informations qui ne m'ont pas été données.

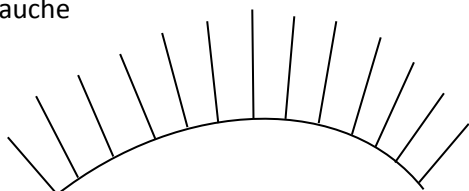
Date / Signature du/de la client(e)

Date / Signature de l'esthéticienne

Historique des soins - matériels employés :

Cils	Curly :	Longueur :	Diamètre :	Protection/ruban adhésif/nettoyant
Colle :	Style demandé :			
Durée :	Prix :	Date :	Signature:	

Œil gauche



Œil droit

