

Fiche cliente

ESTHÉTIQUE · ONGLES · CILS · SOURCILS

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom

Prénom

Date de naissance

Téléphone

E-mail

Adresse

Cliente depuis

Recommandée par

PEAU & SANTÉ

Type de peau ☐ normale ☐ sèche ☐ grasse ☐ mixte ☐ sensible

Grossesse / allaitement ☐ oui ☐ non

Lentilles de contact ☐ oui ☐ non

Allergies / intolérances

Médicaments

Affections cutanées

Diabète / anticoagulants

TEST CUTANÉ

DATE	PRODUIT / LOT	RÉSULTAT

SOUHAITS & NOTES

CONSENTEMENT

J'accepte que mes données soient conservées pour la réalisation des soins. J'informe l'institut de tout changement de mon état de santé.

☐ Des photos avant/après peuvent être prises pour mon dossier.

Lieu, date

Signature

Historique des soins

NOM: _____

[illegible]