



## DONNÉES DE LA CLIENTE

Nom et prénom :

Téléphone :

Détail de la prestation :

Taille de l'aiguille :

Prix :

## INFORMATIONS GÉNÉRALES RELATIVES À LA PRESTATION

- Le BB Glow est une intégration de pigment dans l'épiderme à l'aide d'un appareil électrique.
- Ce pigment, choisis en fonction du type de peau, va permettre d'unifier le teint pour un teint ZÉRO défauts, pas un effet maquillé.
- Pour un résultat optimal, nous vous conseillons une cure de 5 SOINS

## LE POST-TRAITEMENT (obligatoire pour une bonne cicatrisation)

- Pendant les 48 heures suivantes :
  - Ne pas laver ou gratter les sourcils, au risque de faire partir le pigment
  - Pas de maquillage
- Pendant 10 jours :
  - Appliquer une crème cicatrisante (uniquement de la gamme Norel spécifique en BB Glow), plusieurs fois par jour.
  - On observera des légères squames, à ne pas gratter
  - Ne pas aller à la piscine, pas de sauna, pas de hammam, pas d'UV ou toutes sources de chaleur

## QUESTIONNAIRE

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| • Êtes-vous enceinte ou en allaitement ?                                  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Prenez-vous des médicaments anti-coagulants ? (avis du médecin)         | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous une maladie infectieuse ? (hépatite, sida...)                 | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous des maladies chroniques ? (diabète, auto-immune, herpès...)   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Êtes-vous sujet à des insuffisances ? (cardiaque, hépatique, rénale...) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous des allergies ?   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Portez-vous un pacemaker ?  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

## LE DROIT À L'IMAGE

- Vous autorisez votre professionnelle à utiliser les photos prises pendant la réalisation de la micropigmentation pour toutes communications publicitaires (réseaux sociaux, site web, posters, imprimerie, catalogue...).

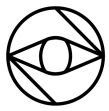
Signature de la cliente :

## LA CLIENTE

- J'atteste avoir pris connaissance des informations ci-dessus et j'atteste que la micropigmentation m'a été expliquée, et que j'ai eu tout le loisir de poser des questions auxquelles on m'a répondu de manière satisfaisante

Signature de la cliente :

Fait le ...../...../.....  
à .....



## DONNÉES DE LA CLIENTE

Nom et prénom :

Téléphone :

Détail de la prestation :

Taille de l'aiguille :

Prix :

## INFORMATIONS GÉNÉRALES RELATIVES À LA PRESTATION

- Le BB Lips est : 1) une intégration de pigment organique dans le derme à l'aide d'un appareil électrique. 2) cette technique combine un beau dégradé avec certaines corrections visuelles ainsi qu'une intégration d'acide hyaluronique afin de sublimer vos lèvres, les rajeunir et les repulper.
- Ce pigment s'atténuera avec le temps mais ne résorbera jamais entièrement, en vieillissant, la couleur s'atténuera fortement.
- Le BB Lips demande une retouche : 1) au niveau de la pigmentation tous les 6 à 12 mois. 2) au niveau de l'intégration de l'acide hyaluronique tous les 15 jours ou tous les mois, en fonction du résultat souhaité.

## LE POST-TRAITEMENT (obligatoire pour une bonne cicatrisation)

- Pendant les 48 heures suivantes :
  - Ne pas laver ou gratter la zone pigmentée, au risque de faire partir le pigment
- Pendant 10 jours :
  - Appliquer une crème cicatrisante (type Homéophasmine®) et beurre de cacao plusieurs fois par jour.
  - On observera des légères squames, à ne pas gratter
  - Ne pas aller à la piscine, pas de sauna, pas de hammam, pas d'UV ou toutes sources de chaleur
  - Pas de maquillage sur la zone traitée.

## QUESTIONNAIRE

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| • Êtes-vous enceinte ou en allaitement ?                                  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Prenez-vous des médicaments anti-coagulants ? (avis du médecin)         | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous une maladie infectieuse ? (hépatite, sida...)                 | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous des maladies chroniques ? (diabète, auto-immune, herpès...)   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Êtes-vous sujet à des insuffisances ? (cardiaque, hépatique, rénale...) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous des allergies ?   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Portez-vous un pacemaker ?  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

## LE DROIT À L'IMAGE

- Vous autorisez votre professionnelle à utiliser les photos prises pendant la réalisation de la micropigmentation pour toutes communications publicitaires (réseaux sociaux, site web, posters, imprimerie, catalogue,...).

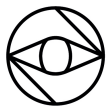
Signature de la cliente :

## LA CLIENTE

- J'atteste avoir pris connaissance des informations ci-dessus et j'atteste que la micropigmentation m'a été expliquée, et que j'ai eu tout le loisir de poser des questions auxquelles on m'a répondu de manière satisfaisante

Signature de la cliente :

Fait le ...../...../.....  
à .....



## DONNÉES DE LA CLIENTE

Nom et prénom :

Téléphone :

Détail de la prestation :

Taille de l'aiguille :

Prix :

## INFORMATIONS GÉNÉRALES RELATIVES À LA PRESTATION

- La dermopigmentation est une intégration de pigment organique dans le derme à l'aide d'un appareil électrique.
- Ce pigment s'atténuera avec le temps mais ne résorbera jamais entièrement.
- La dermopigmentation demande une retouche tous les 2 ans

## LE POST-TRAITEMENT (obligatoire pour une bonne cicatrisation)

- Pendant les 48 heures suivantes :
  - Ne pas laver ou gratter la zone pigmentée, au risque de faire partir le pigment.
  - Appliquer les cold packs à votre convenance.
- Pendant 10 jours :
  - Appliquer une crème cicatrisante (type Homéophasmine®) plusieurs fois par jour.
  - On observera des légères squames, à ne pas gratter
  - Ne pas aller à la piscine, pas de sauna, pas de hammam, pas d'UV ou toutes sources de chaleur
  - Pas de maquillage sur la zone traitée.

## QUESTIONNAIRE

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| • Êtes-vous enceinte ou en allaitement ?                                  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Prenez-vous des médicaments anti-coagulants ? (avis du médecin)         | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous une maladie infectieuse ? (hépatite, sida...)                 | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous des maladies chroniques ? (diabète, auto-immune, herpès...)   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Êtes-vous sujet à des insuffisances ? (cardiaque, hépatique, rénale...) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous des allergies ?   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Portez-vous un pacemaker ?  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

## LE DROIT À L'IMAGE

- Vous autorisez votre professionnelle à utiliser les photos prises pendant la réalisation de la dermopigmentation pour toutes communications publicitaires (réseaux sociaux, site web, posters, imprimerie, catalogue,...).

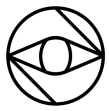
Signature de la cliente :

## LA CLIENTE

- J'atteste avoir pris connaissance des informations ci-dessus et j'atteste que le camouflage des cernes m'a été expliquée, et que j'ai eu tout le loisir de poser des questions auxquelles on m'a répondu de manière satisfaisante. J'autorise mon esthéticienne à pratiquer sur moi la dermopigmentation des cernes.

Signature de la cliente :

Fait le ...../...../.....  
à .....



## DONNÉES DE LA CLIENTE

Nom et prénom :

Téléphone :

Détail de la prestation :

Taille de l'aiguille :

Prix :

## INFORMATIONS GÉNÉRALES RELATIVES À LA PRESTATION

- La dermopigmentation est une intégration de pigment organique dans le derme à l'aide d'un appareil électrique.
- Ce pigment s'atténuera avec le temps mais ne résorbera jamais entièrement, en vieillissant, il restera une couleur légèrement saumonée.
- La dermopigmentation demande une retouche tous les 2 ans.

## LE POST-TRAITEMENT (obligatoire pour une bonne cicatrisation)

- Pendant les 48 heures suivantes :
  - Ne pas laver ou gratter la zone pigmentée, au risque de faire partir le pigment.
- Pendant 10 jours :
  - Appliquer une crème cicatrisante (type Homéophasmine®) plusieurs fois par jour.
  - On observera des légères squames, à ne pas gratter
  - Ne pas aller à la piscine, pas de sauna, pas de hammam, pas d'UV ou toutes sources de chaleur
  - Pas de maquillage sur la zone traitée.

## QUESTIONNAIRE

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| • Êtes-vous enceinte ou en allaitement ?                                  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Prenez-vous des médicaments anti-coagulants ? (avis du médecin)         | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous une maladie infectieuse ? (hépatite, sida...)                 | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous des maladies chroniques ? (diabète, auto-immune, herpès...)   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Êtes-vous sujet à des insuffisances ? (cardiaque, hépatique, rénale...) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous des allergies ?   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Portez-vous un pacemaker ?  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

## LE DROIT À L'IMAGE

- Vous autorisez votre professionnelle à utiliser les photos prises pendant la réalisation de la dermopigmentation pour toutes communications publicitaires (réseaux sociaux, site web, posters, imprimerie, catalogue,...).

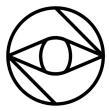
Signature de la cliente :

## LA CLIENTE

- J'atteste avoir pris connaissance des informations ci-dessus et j'atteste que la dermopigmentation m'a été expliquée, et que j'ai eu tout le loisir de poser des questions auxquelles on m'a répondu de manière satisfaisante

Signature de la cliente :

Fait le ...../...../.....  
à .....



## DONNÉES DE LA CLIENTE

Nom et prénom :

Téléphone :

Détail de la prestation :

Taille de l'aiguille :

Prix :

## INFORMATIONS GÉNÉRALES RELATIVES À LA PRESTATION

- La micropigmentation est une intégration de pigment organique dans le derme à l'aide d'une lame.
- Ce pigment s'atténuera avec le temps mais ne résorbera jamais entièrement, en vieillissant, il restera une couleur légèrement saumonée.
- La dermopigmentation demande une retouche tous les 6 à 12 mois.

## LE POST-TRAITEMENT (obligatoire pour une bonne cicatrisation)

- Pendant les 48 heures suivantes :
  - Ne pas laver ou gratter les sourcils, au risque de faire partir le pigment.
- Pendant 10 jours :
  - Appliquer une crème cicatrisante (type Homéophasmine®) plusieurs fois par jour.
  - On observera des légères squames, à ne pas gratter
  - Ne pas aller à la piscine, pas de sauna, pas de hammam, pas d'UV ou toutes sources de chaleur
  - Pas de maquillage sur la zone traitée.

## QUESTIONNAIRE

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| • Êtes-vous enceinte ou en allaitement ?                                  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Prenez-vous des médicaments anti-coagulants ? (avis du médecin)         | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous une maladie infectieuse ? (hépatite, sida...)                 | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous des maladies chroniques ? (diabète, auto-immune, herpès...)   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Êtes-vous sujet à des insuffisances ? (cardiaque, hépatique, rénale...) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous des allergies ?   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Portez-vous un pacemaker ?  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

## LE DROIT À L'IMAGE

- Vous autorisez votre professionnelle à utiliser les photos prises pendant la réalisation de la micropigmentation pour toutes communications publicitaires (réseaux sociaux, site web, posters, imprimerie, catalogue,...).

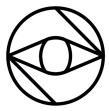
Signature de la cliente :

## LA CLIENTE

- J'atteste avoir pris connaissance des informations ci-dessus et j'atteste que la micropigmentation m'a été expliquée, et que j'ai eu tout le loisir de poser des questions auxquelles on m'a répondu de manière satisfaisante

Signature de la cliente :

Fait le ...../...../.....  
à .....



## DONNÉES DE LA CLIENTE

Nom et prénom :

Téléphone :

Détail de la prestation :

Taille de l'aiguille :

Prix :

## INFORMATIONS GÉNÉRALES RELATIVES À LA PRESTATION

- Le Shading est une intégration de pigment organique très superficiel dans le derme à l'aide d'un appareil électrique.
- Ce pigment s'atténuera avec le temps mais ne résorbera jamais entièrement, en vieillissant, il restera une couleur légèrement saumonée.
- Le Shading demande une retouche tous les mois.

## LE POST-TRAITEMENT (obligatoire pour une bonne cicatrisation)

- Pendant les 48 heures suivantes :
  - Ne pas laver ou gratter les sourcils, au risque de faire partir le pigment.
- Pendant 10 jours :
  - Appliquer une crème cicatrisante (type Homéophasmine®) plusieurs fois par jour.
  - On observera des légères squames, à ne pas gratter
  - Ne pas aller à la piscine, pas de sauna, pas de hammam, pas d'UV ou toutes sources de chaleur
  - Pas de maquillage sur la zone traitée.

## QUESTIONNAIRE

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| • Êtes-vous enceinte ou en allaitement ?                                  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Prenez-vous des médicaments anti-coagulants ? (avis du médecin)         | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous une maladie infectieuse ? (hépatite, sida...)                 | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous des maladies chroniques ? (diabète, auto-immune, herpès...)   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Êtes-vous sujet à des insuffisances ? (cardiaque, hépatique, rénale...) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous des allergies ?   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Portez-vous un pacemaker ?  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

## LE DROIT À L'IMAGE

- Vous autorisez votre professionnelle à utiliser les photos prises pendant la réalisation de la micropigmentation pour toutes communications publicitaires (réseaux sociaux, site web, posters, imprimerie, catalogue,...).

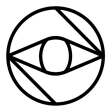
Signature de la cliente :

## LA CLIENTE

- J'atteste avoir pris connaissance des informations ci-dessus et j'atteste que la micropigmentation m'a été expliquée, et que j'ai eu tout le loisir de poser des questions auxquelles on m'a répondu de manière satisfaisante

Signature de la cliente :

Fait le ...../...../.....  
à .....



## DONNÉES DE LA CLIENTE

Nom et prénom :

Téléphone :

Détail de la prestation :

Taille de l'aiguille :

Prix :

## INFORMATIONS GÉNÉRALES RELATIVES À LA PRESTATION

- Le Microneedling est une intégration d'actifs dans le derme à l'aide d'un appareil électrique.
- Ces actifs, choisis en fonction du type de peau, vont permettre un traitement du problème cutané en profondeur. De plus, il se crée une stimulation cellulaire grâce au passage des aiguilles
- Pour un résultat optimal, nous vous conseillons une cure de 5 SOINS.

## LE POST-TRAITEMENT (obligatoire pour une bonne cicatrisation)

- Pendant les 48 heures suivantes :
  - Ne pas laver ni se maquiller.
- Pendant 10 jours :
  - Appliquer une crème cicatrisante (uniquement de la gamme Norel spécifique au microneedling) plusieurs fois par jour.
  - On observera des légères squames, à ne pas gratter
  - Ne pas aller à la piscine, pas de sauna, pas de hammam, pas d'UV ou toutes sources de chaleur
  - Pas de maquillage, ni autres cosmétiques sur la zone traitée.

## QUESTIONNAIRE

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| • Êtes-vous enceinte ou en allaitement ?                                  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Prenez-vous des médicaments anti-coagulants ? (avis du médecin)         | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous une maladie infectieuse ? (hépatite, sida...)                 | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous des maladies chroniques ? (diabète, auto-immune, herpès...)   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Êtes-vous sujet à des insuffisances ? (cardiaque, hépatique, rénale...) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous des allergies ?   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Portez-vous un pacemaker ?  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

## LE DROIT À L'IMAGE

- Vous autorisez votre professionnelle à utiliser les photos prises pendant la réalisation de la micropigmentation pour toutes communications publicitaires (réseaux sociaux, site web, posters, imprimerie, catalogue...).

Signature de la cliente :

## LA CLIENTE

- J'atteste avoir pris connaissance des informations ci-dessus et j'atteste que la micropigmentation m'a été expliquée, et que j'ai eu tout le loisir de poser des questions auxquelles on m'a répondu de manière satisfaisante

Signature de la cliente :

Fait le ...../...../.....  
à .....



## DONNÉES DE LA CLIENTE

Nom et prénom :

Téléphone :

Détail de la prestation :

Taille de l'aiguille :

Prix :

## INFORMATIONS GÉNÉRALES RELATIVES À LA PRESTATION

- La dermopigmentation est une intégration de pigment organique dans le derme à l'aide d'un appareil électrique.
- Ce pigment s'atténuera avec le temps mais ne résorbera jamais entièrement.
- La dermopigmentation demande une retouche tous les 2 ans

## LE POST-TRAITEMENT (obligatoire pour une bonne cicatrisation)

- Pendant les 48 heures suivantes :
  - Ne pas laver ou gratter la zone pigmentée, au risque de faire partir le pigment.
- Pendant 10 jours :
  - Appliquer une crème cicatrisante (type Homéophasmine®) plusieurs fois par jour.
  - On observera des légères squames, à ne pas gratter
  - Ne pas aller à la piscine, pas de sauna, pas de hammam, pas d'UV ou toutes sources de chaleur
  - Pas de maquillage sur la zone traitée.

## QUESTIONNAIRE

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| • Êtes-vous enceinte ou en allaitement ?                                  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Prenez-vous des médicaments anti-coagulants ? (avis du médecin)         | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous une maladie infectieuse ? (hépatite, sida...)                 | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous des maladies chroniques ? (diabète, auto-immune, herpès...)   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Êtes-vous sujet à des insuffisances ? (cardiaque, hépatique, rénale...) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous des allergies ?   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Portez-vous un pacemaker ?  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

## LE DROIT À L'IMAGE

- Vous autorisez votre professionnelle à utiliser les photos prises pendant la réalisation de la micropigmentation pour toutes communications publicitaires (réseaux sociaux, site web, posters, imprimerie, catalogue,...).

Signature de la cliente :

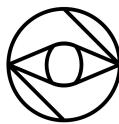
## LA CLIENTE

- J'atteste avoir pris connaissance des informations ci-dessus et j'atteste que la micropigmentation m'a été expliquée, et que j'ai eu tout le loisir de poser des questions auxquelles on m'a répondu de manière satisfaisante

Signature de la cliente :

Fait le ...../...../.....  
à .....





AUTOUR DU REGARD®  
EYES AND SKIN BEAUTY

## ACCORD ENTRE LA CLIENTE ET L'ESTHÉTICIENNE CONCERNANT LES SOINS DERMO-ESTHÉTIQUES

### DONNÉES DE LA CLIENTE

Nom et prénom :

Téléphone :

Détail de la prestation :

Prix :

### LES CONTRES-INDICATIONS POUR LES SOINS DERMO-ESTHÉTIQUES

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| • Êtes-vous enceinte ou en période d'allaitement ?                                 | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Prenez-vous des médicaments ?  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous des maladies infectieuses ? (hépatite, sida, herpès, staphylocoque...) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous des maladies chroniques ? (diabète, hémophilie...)                     | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Êtes-vous sujet à des insuffisances ? (cardiaque, hépatique, rénale...)          | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous des allergies ? (latex, ...)   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Portez-vous un pacemaker ?   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous des problèmes cardiaques ?   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Suivez-vous un traitement spécifique ?   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

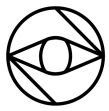
### LA CLIENTE

J'atteste avoir pris connaissance des informations ci-dessus et j'atteste que les contre-indications m'ont été expliquées, et que j'ai eu tout le loisir de poser des questions auxquelles on m'a répondu de manière satisfaisante.

Fait le ...../...../.....

à .....

Signature de la cliente :



## DONNÉES DE LA CLIENTE

Nom et prénom :

Téléphone :

Type de pose :  Cil à cil

Volume Russe

## INFORMATIONS GÉNÉRALES RELATIVES À LA PRESTATION

Prendre soin des extensions pour les faire tenir le plus longtemps possible. Il faut savoir que chaque extension tombe lorsqu le cil naturel termine son cycle mais cela peut dépendre, il est possible qu'il y ait plus de chute dû à un mauvais traitement de nos extensions. Autour du Regard vous a concocté les meilleurs conseils et petites astuces recueillies grâce à des années d'expérience.

## LE POST-TRAITEMENT

• **Pendant les 2 premières heures :**

- Ne pas brosser les extensions de cils
- Ne pas mouiller les yeux
- Ne pas maquiller les yeux et le visage
- Éviter la vapeur et la chaleur intense (douche, cuisine, hammam, sauna, UV...)
- Éviter le sport (transpiration)

• **Au quotidien :**

- Utiliser le Lash Shampooing en démaquillant pour garder les extensions de cils saines et propres de la racine jusqu'aux pointes puis rincer.
- Brosser délicatement les extensions matin et soir (les yeux fermés, de la racine vers la pointe, pour éliminer ceux qui tombent, puis brosser les yeux ouverts pour bien les placer) avec la Miss Brush.
- Passer aux jets d'eau vos extensions lors de votre douche.

## QUESTIONNAIRE

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| • Avez-vous déjà eu des extensions de cils ? Si oui, développez  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous des allergies ? (colle, ruban, saisonnière, autres produits...)                                | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous eu des traitements médicaux durant les 6 derniers mois ?<br>(chirurgie, chimio, infections...) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous des cheveux ou la peau grasse ?  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Êtes-vous à l'aise pour rester allongée 1 à 3 heures les yeux fermés ?                                   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Portez-vous des lentilles ?  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

DATE	FORME	TAILLE	REMARQUES/OBSERVATIONS	ESTHÉTICIENNE

## LE DROIT À L'IMAGE

- Vous autorisez votre professionnelle à utiliser les photos prises pendant la réalisation de la micropigmentation pour toutes communications publicitaires (réseaux sociaux, site web, posters, imprimerie, catalogue,...).

Signature de la cliente :

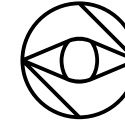
## LA CLIENTE

- J'atteste avoir pris connaissance des informations ci-dessus et j'atteste que la micropigmentation m'a été expliquée, et que j'ai eu tout le loisir de poser des questions auxquelles on m'a répondu de manière satisfaisante

Signature de la cliente :

Fait le ...../...../.....  
à .....

# Planning hebdomadaire



LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	TÂCHES À PRÉVOIR
						Machine à laver
						Nettoyage et stérilisation du matériel
						Consulter les tendances de la semaine
						Publication sur Instagram
						Planification des prochaines promotions
						Édition et classement des factures
						RDV consultation en ligne
						Commande produits
						Déclaration à l'URSAAF
ÉQUIPE :	ÉQUIPE :	ÉQUIPE :	ÉQUIPE :	ÉQUIPE :	ÉQUIPE :	Demande de l'ACRE
						Souscription mutuelle / assurance