

FICHE CLIENT(E) EXTENSIONS DE CILS

INFORMATION GÉNÉRALE

PRÉNOM _____

NOM DE FAMILLE _____

JOUR ET MOIS DE NAISSANCE _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE _____

COURRIEL _____

J'autorise ma technicienne en extensions de cils à communiquer avec moi par courriel.

QUESTIONNAIRE

COMMENT AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DE MES SERVICES? _____

AVEZ-VOUS DÉJÀ PORTÉ DES EXTENSIONS DE CILS? OUI NON

Si oui, l'expérience a-t-elle été positive? OUI NON

Si non, pourquoi? _____

AVEZ-VOUS DÉJÀ REÇU LES TRAITEMENTS POUR LES CILS SUIVANTS?

Permanente des cils Coloration des cils Rehaussement de cils (Lash Lift)

Si oui, quand avez-vous reçu le plus récent? _____

UTILISEZ-VOUS LE(S) PRODUIT(S) SUIVANT(S)?

Maquillage pour les yeux Démaquillant ou nettoyant pour les yeux Crème contour des yeux ou autre produit de soin pour la région des yeux

SVP COCHER TOUTES LES SITUATIONS APPLICABLES :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lentilles de contact | <input type="checkbox"/> Utilisation de gouttes pour les yeux |
| <input type="checkbox"/> Tendance à tirer, triturer ou frotter les cils et/ou les yeux | <input type="checkbox"/> Chirurgie des yeux ou correction de la vue au laser |
| <input type="checkbox"/> Blessure ou maladie des yeux, passée ou présente | <input type="checkbox"/> Réaction allergique à un produit au niveau des yeux, passée ou présente |

Laquelle ou lesquelles? _____

Quel(s) produit(s)? _____

FICHE CLIENT(E) EXTENSIONS DE CILS

QUESTIONNAIRE

SVP COCHER TOUTES LES SITUATIONS APPLICABLES

- Yeux secs et/ou irrités et/ou facilement irritables?
 Allergie(s) saisonnière(s) ou environnementale(s)
 Laquelle/Lesquelles? _____
- Perte de cheveux
 Prise de médicament(s) causant la perte des cheveux
 Maquillage permanent dans la région des yeux
 Exposition à des produits chimiques
 Quel(s) produit(s)? _____
- Fumeur/Fumeuse
 Grossesse actuelle ou récente
 Fièvre ou maladie actuelle ou récente
 Calvitie ou alopécie
- Quand souhaitez-vous porter des extensions de cils?
 Occasion(s) spéciale(s)
 Port quotidien
- Quel résultat souhaitez-vous obtenir avec cette pose?
 Effet naturel et subtil
 Look maquillé de tous les jours
 Look glamour et intense

CONSENTEMENT

SVP ÉCRIRE VOS INITIALES À CÔTÉ DE CHAQUE PHRASE À LAQUELLE VOUS CONSENTEZ.

Je confirme que toutes les informations fournies dans ce formulaire sont correctes et véridiques. _____

J'autorise ma technicienne de cils à prendre des photos de mes cils et/ou de mes yeux avant, pendant ou après les poses. _____

J'accepte de tenir ma technicienne de cils informée en cas d'inconfort, d'irritation ou d'insatisfaction pendant ou après les poses. _____

Je m'engage à suivre les recommandations de ma technicienne de cils en termes d'utilisation de produits compatibles, d'entretien et de soin de mes cils naturels et d'extensions de cils. Je dégage ma technicienne de cils de toute responsabilité si je ne respecte pas ces mêmes recommandations. _____

Je comprends qu'il existe certains risques associés aux extensions de cils, tels que des allergies, des rougeurs ou des irritations, et que ma technicienne de cils ne peut être tenue responsable si une réaction survient pendant ou après les poses. _____

Je comprends que plusieurs facteurs peuvent affecter la tenue ou l'apparence des extensions de cils après la pose, tels que les changements de température, les variations hormonales ou les médicaments. _____

SIGNATURE _____

DATE _____

SECTION POUR USAGE PROFESSIONNEL

DIMENSIONS APPROXIMATIVES ET TYPE DE CILS NATURELS

- DENSITÉ** Clairsemés Moyens Denses
- FORME** Droits Moyens Courbés Frisés
- DIRECTION** Vers le bas Croisés Désordonnés Vers l'extérieur

Longueur _____ mm

Diamètre _____ mm

Couleur _____

Formes des yeux _____

LASH MAPS



NOTES _____

Pose 1
Date _____

Pose 2
Date _____

Pose 3
Date _____