

Date:

Nom et prénom:

Téléphone:

Date de naissance:

(minimum 14 ans et plus)

Occupation (travail):

♥ Personne qui vous a référé(e):

Avez-vous déjà eu une pose d'ongle?..... oui / non

Avez-vous déjà réagit à des produits? (acrylates)..... oui / non

Avez-vous l'habitude de ronger vos ongles?..... oui / non

Est-ce que vous hydratez vos mains (huile à cuticules)?..... oui / non

Cochez si vous avez l'une des conditions ci-dessous:☐ Allergies☐ Maladie transmissible par le sang☐ Enceinte☐ Diabète☐ Chirurgie récente☐ Fumeur(se)☐ Irritation de la peau☐ Gonflement☐ Médicaments,☐ Inflammations☐ Infection ou champignon dans les

si oui, lesquels:

☐ Arthrite

6 derniers mois

Le client(e) autorise _____ à effectuer la procédure de pose d'ongle!

Je déclare avoir lu attentivement ce formulaire et avoir compris chaque question indiquée.

Je pense ne pas avoir de problème médical qui pourrait affecter le travail.

Toutes les réponses fournies sont correctes et véridiques selon mes connaissances.

En tant que client(e), je suis l'unique responsable de l'entretien de ma pose d'ongles.

Le client(e) autorise _____ à prendre des photos et de les publier!

Signature du client(e)

Signature de la technicienne

FICHE
CLIENTE

R: Rongé
 M: Moissure
 D: Décollement
 B: Brisé
 I: Infecté
 N: Normal

Indiquez les numéros des prothèse:

Main gauche:

Pouce :
 Index :
 Majeur :
 Annulaire :
 Petit doigt (auriculaire) :

Main droite:

Pouce :
 Index :
 Majeur :
 Annulaire :
 Petit doigt (auriculaire) :

Date:Service rendu:Produits utilisés:Prix total du service: