

Formulaire de consentement

Salon de coiffure et coloration

Nom de l'entreprise

DÉTAILS DU CLIENT

Nom complet

Numéro de téléphone

E-mail

Date de naissance

JE CONFIRME QUE

- ☐ Un test cutané 48 heures avant la coloration m'a été recommandé, et je l'ai fait ou choisi de ne pas le faire.
- ☐ J'ai informé le coiffeur des allergies, des problèmes de cuir chevelu et des traitements chimiques récents.
- ☐ Je comprends que la couleur finale peut différer d'une photo de référence à cause de l'historique et de la couleur naturelle de mes cheveux.
- ☐ J'ai reçu et compris les conseils post-traitement.

J'accepte que des photos du résultat soient prises pour mon dossier : ☐ Oui ☐ Non

J'accepte que l'entreprise conserve les informations de ce formulaire pour fournir le service et aussi longtemps que la loi l'exige. Je peux demander à voir, corriger ou supprimer mes données à tout moment.

Signature du client

Signature du spécialiste

Date