

Formulaire de consentement

Soins de la peau et traitements du visage

Nom de l'entreprise

DÉTAILS DU CLIENT

Nom complet

Numéro de téléphone

E-mail

Date de naissance

JE CONFIRME QUE

- ☐ J'ai partagé des informations précises sur ma santé, mes médicaments et ma peau.
- ☐ Je comprends que des rougeurs ou une sensibilité peuvent apparaître après certains traitements.
- ☐ Je suivrai les conseils post-traitement, y compris la protection solaire.

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