

Formulaire D'inscription et Suivi

Nom: _____ Date: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____ Code postal: _____

Tel : _____ Travail : _____ # Cellulaire : _____

Courriel: _____

Page Facebook : _____ Page Twitter : _____

Comment Puis-je vous contacter concernant les rendez-vous ou promotions? Cochez ce qui s'applique :

Message Texte Courriel Téléphone Domicile Cellulaire Travail

Quel est le meilleur moment pour vous rejoindre? Matin Après-Midi Soir

Date de Fête : _____

Sexe : Femme Homme âge : _____ Occupation : _____

Nom Contact D'Urgence : _____

Numéro Contact D'Urgence : _____ Relation avec vous : _____

Comment avez-vous entendu parler de nous? _____

Nom de la Personne qui vous a référée : _____ Téléphone : _____

Question	O	N	Date et fréquence	Réactions et symptômes	Note de la styliste
1. Avez-vous déjà eu des extensions de cils ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. Avez-vous déjà fait enlever vos extensions?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. Avez-vous déjà utilisé des patches en gel pour le dessous des yeux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. Avez-vous eu des procédures cosmétiques permanentes autour des yeux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. Portez-vous des lunettes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. Portez-vous des lentilles cornéennes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7. Avez-vous l'habitude de frotter vos yeux ou de tirer sur vos cils ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. Allez-vous au bronzage ou faite vous l'usage d'autobronzant type "Spray Tan"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. Êtes-vous enceinte? Si c'est le cas, avez-vous discutez de ce service avec votre médecin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quel trimestre <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		

10. De quelle côté dormez-vous?

Droit

Gauche

Dos

Ventre (*Veuillez noter que vous pouvez rencontrer plus de perte d'extension sur le côté sur lequel vous dormez.*)

11. *Faites-vous de l'exercice?*

Oui (Si oui voir charte si dessous.)

Non

Activité	Fréquence	Intérieurs ou Extérieur	Notes de la styliste
1.			
2.			
3.			
4.			

12. Êtes-vous en Diète Spécifique?

Oui*

Non

13. Quelle marque de produit utilisez-vous ?

Produits	Fréquence d'utilisation	Note de la styliste
Nettoyant visage:		
Masque faciale:		
Tonique pour le visage:		
Préparateur pour le visage:		
Crème hydratante de jour:		
Crème hydratante de nuit:		
Crème Solaire:		
Traitement pour les yeux :		
Préparateur pour les yeux :		
Crèmes pour les Yeux :		
Sérum pour les Yeux :		
Démaquillant pour les Yeux :		
Crayon pour les yeux :		
Ombre à paupières :		
Mascara :		
Fortifiant pour les cils/Conditionneur :		

Les activités suivantes doivent être évitées dans les 3 premières heures: bronzage, l'exposition à la vapeur excessive, l'exposition à une chaleur excessive, insertion des lentilles cornéennes, cosmétiques et produits autre que xtreme lashes.

Historique Médicale

Questions	O	N	Type(s)	Date et fréquence	Réaction et symptômes	Notes de la styliste
14. Avez-vous une allergie à l'un des éléments suivants? Si oui, veuillez fournir des informations supplémentaires.						
Acrylates ou cyanoacrylates?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Adhésif pour les ongles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ruban adhésif (pansement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Maquillage longue durée résistant à l'eau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Produits cosmétiques, ou autre crèmes topiques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Allergies autres que les produits indiqués ci-dessus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
15. Avez-vous eu ou utilisé l'un de ce qui suit dans les 4 dernières semaines?						
Chirurgie des yeux, des plaies ou des infections?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Exfoliation, soins du visage? (Exemples: les traitements de l'acné, les peelings chimiques, la micro dermabrasion, laser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Rétine-A, Accutane, ou d'autres produits similaires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Historique de maladies des yeux, blessure ou une chirurgie qui a affecté votre croissance ou perte des cheveux ou la / cils naturels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

16. Comment décririez-vous votre cycle de croissance des cheveux? Lent Rapide Incertain

17. Veuillez noter que les médicaments utilisés pour traiter les conditions suivantes peuvent causer la perte des cheveux / de cils naturels. Si vous prenez l'un des médicaments suivant veuillez les indiquer ci-dessous:

- Acné
- Allergies
- Anticoagulants
- Maladie auto-immune
- Pilule contraceptive
- Convulsions/ épilepsie
- Perte de poids
- Dépression
- Yeux secs
- Champignons

- Glaucome
- Haute pression
- Cholestérol
- Thyroïde
- D'équilibre Hormonale, Thérapie D'hormones*
- Cancer
- Maladie Parkinsons
- Ulcères
- Inflammation

*Même si, ce ne sont pas des conditions médicales, la pilule contraceptive et la thérapie d'hormones peuvent contribuer à l'amincissement et à la perte des cils naturels.

18. Indiquer tous médicaments, vitamines et Suppléments à base de plantes :

19. Veuillez indiquer toutes les conditions qui s'appliquent:

- Asthme
- Alopecie
- Arthrite
- Maux de dos
- Blépharite
- Bronchite Chronique
- Claustrophobie
- Feux sauvage
- Conjonctivite
- Diabète
- Syndrome des yeux secs
- Chalazion
- Paupière lourde
- Changement hormonaux

- larmoiement excessif des yeux
- Migraines
- Rosacé oculaire
- Rosacé
- Yeux sensible
- Sensibilité à la lumière
- Problème de sinus
- Stress
- AVC
- Tendance de rougeurs, éruptions cutanées ou urticaire
- Thyroïde
- La trichotillomanie
- Autres: _____

Date	Commentaire additionnels

Formulaire de consultation et conception

Nom: _____ Date: _____

Instructions: La cliente doit mettre à jour son / ses renseignements à la section 1; Styliste remplit les sections 2 et 3.

Section 1: Informations de la cliente		Notes de la styliste	
1. Tout signe de maladie? (Exemples: yeux rouges, le nez bouché, les allergies saisonnières, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui D'écrire les symptômes:	<input type="checkbox"/> Non	
2. Diagnostiquer d'une maladie récente depuis la dernière visite ?	<input type="checkbox"/> Oui - Veuillez préciser:	<input type="checkbox"/> Non	
3. Allergies depuis votre dernière visite? (Inclure les effets indésirables éprouvés)	<input type="checkbox"/> Oui - Veuillez préciser:	<input type="checkbox"/> Non	
4. Nouveau médicaments, Vitamines ou Suppléments végétaux depuis la dernière visite?	<input type="checkbox"/> Oui - Veuillez préciser:	<input type="checkbox"/> Non	
5. Enceinte?			
6. Suivez-vous un nouveau régime?	<input type="checkbox"/> Oui - Veuillez préciser:	<input type="checkbox"/> Non	
7. Exercice régulièrement?	<input type="checkbox"/> Oui – Type/Fréquence :	<input type="checkbox"/> Non	
8. Portez-vous des lentilles jetable, ou lentilles coréennes?	Type : _____ <input type="checkbox"/> lentilles jetable, apporter lunettes? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	
9. Nouveau produits utilisés pour les yeux et faciale depuis votre dernière visite?	<input type="checkbox"/> Oui - S'il vous plaît préciser:	<input type="checkbox"/> Non	
10. Avez-vous teint vos cils dans les 4 dernières semaines?	<input type="checkbox"/> Oui- Est-ce un produit professionnelle provenant d'un Salon? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	
11. Procédures au visage ou autour des yeux dans les derniers 48 heures? (Inclus Maquillage Permanent, Chirurgies, Micro-Dermabrasion)	Types de Service(s)	Date(s)	
12. Dernière fois à avoir appliqué des produits cosmétiques niveau du visage / et des Yeux? (Inclus tous produits appliqué durant les 3 derniers jours.)	Produit(s)	Date(s)	
Type de regard désiré:	Subtile	Notable	Dramatique
Augmentation de la longueur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augmentation du volume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres demandes de conception:


Formulaire de consultation et conception

Nom: _____ Date: _____

Section 2: Évaluation des cils et yeux naturelles de la clientèle (Cochez tout ce qui s'applique)			
Type de cils naturels	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Courbé <input type="checkbox"/> Fin <input type="checkbox"/> Corsé <input type="checkbox"/> Gras <input type="checkbox"/> Abimé <input type="checkbox"/> Pointent vers le bas		
Couleur des cils	<input type="checkbox"/> Brun <input type="checkbox"/> Noir <input type="checkbox"/> Roux <input type="checkbox"/> Blond <input type="checkbox"/> Autres:		
Couleur des yeux	<input type="checkbox"/> Brun <input type="checkbox"/> Bleu <input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> Noisette <input type="checkbox"/> Autres:		
Couleur des sourcils	<input type="checkbox"/> Brun <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Roux <input type="checkbox"/> Blond <input type="checkbox"/> Autres:		
Épaisseur des cils	<input type="checkbox"/> Très fin <input type="checkbox"/> Fin <input type="checkbox"/> Médium <input type="checkbox"/> Épais <input type="checkbox"/> Très épais		
Densité des cils	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> Œil droit <input type="checkbox"/> Très dense <input type="checkbox"/> Dense <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> fin <input type="checkbox"/> Espaces </td> <td style="width: 50%; border: none;"> Œil gauche <input type="checkbox"/> Très dense <input type="checkbox"/> Dense <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Fin <input type="checkbox"/> Espaces </td> </tr> </table>	Œil droit <input type="checkbox"/> Très dense <input type="checkbox"/> Dense <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> fin <input type="checkbox"/> Espaces	Œil gauche <input type="checkbox"/> Très dense <input type="checkbox"/> Dense <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Fin <input type="checkbox"/> Espaces
	Œil droit <input type="checkbox"/> Très dense <input type="checkbox"/> Dense <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> fin <input type="checkbox"/> Espaces	Œil gauche <input type="checkbox"/> Très dense <input type="checkbox"/> Dense <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Fin <input type="checkbox"/> Espaces	
Longueur des cils naturels (mm)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Œil droit</td> <td style="width: 50%; border: none;">Œil gauche</td> </tr> </table>	Œil droit	Œil gauche
Œil droit	Œil gauche		
Couleur de peau naturel	<input type="checkbox"/> Très Pale <input type="checkbox"/> Pale <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Foncé		
Type de Peau	<input type="checkbox"/> Sèche <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Grasse <input type="checkbox"/> Mixte :		
Note :			

Directions:

1. Dessinez le motif choisi sur la base des cils naturels de votre cliente ci-dessous
2. Indiquez la densité, espaces, rougeur, paupière tombante et autres anomalies ou observations. Assurez-vous de discuter des observations avec votre cliente.

Forme naturelle des yeux: <input type="checkbox"/> Ovale <input type="checkbox"/> Vers le bas <input type="checkbox"/> Chat <input type="checkbox"/> Rond	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">Œil gauche</div>  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">Œil droit</div> </div>	
--	--	--

Section 3 : Prise de Vue D'Application D'Aujourd'hui

Type de service:	<input type="checkbox"/> Pose complète	
	<input type="checkbox"/> Remplissage	<input type="checkbox"/> Other:
# de cils restant	Œil gauche :	Œil droit :
Cils du bas couverts:	<input type="checkbox"/> Patch sans fibres <input type="checkbox"/> Patch hydratant <input type="checkbox"/> Silicone <input type="checkbox"/> Tape	Notes de la styliste
Type de colle utilisée pour l'application		
# de gouttes utilisées pour l'application:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12	
Temps de l'application:	Début:	Fin:
# d'extensions appliquées:	Oeil gauche:	Oeil droit:
Épaisseur- Courbures:	Épaisseur <input type="checkbox"/> 0.05 <input type="checkbox"/> 0.07 <input type="checkbox"/> fin 0.10 <input type="checkbox"/> épais 0.15 <input type="checkbox"/> très épais 0.20	Courbures: <input type="checkbox"/> X30 <input type="checkbox"/> X35 <input type="checkbox"/> X40 <input type="checkbox"/> X50
Longueur des extensions utilisées:	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17	
Couleurs des extensions:		
Photo avant et après?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Formulaire de consultation et conception

Nom: _____ Date: _____

Commentaires additionnel :							
Date	Pose Complete, Remplissage, ou Autre	Service Totale(\$)	Produits Acheter	Quantités	Produits Totale(\$)	Grand Totale(\$)	Date de la Prochaine Visite
Suivie D'applications et Commentaires :							
Suivie D'applications et Commentaires :							
Suivie D'applications et Commentaires :							
Suivie D'applications et Commentaires :							
Suivie D'applications et Commentaires :							
Suivie D'applications et Commentaires :							
Suivie D'applications et Commentaires :							
Suivie D'applications et Commentaires :							



Formulaire de renonciation et d'exonération.

J'autorise par la présente ma technicienne XTREME LASHES, _____

A installer des extensions de cils semi-permanents. Je comprends que cette procédure implique, que des cils artificiels seront collés un par un sur mes cils naturels. Je comprends que je dois rester immobile pendant tout le temps de la procédure et que je ne dois pas ouvrir les yeux, à moins qu'il ne me le soit demandé. J'ai été informée de toute la procédure cosmétique et des méthodes employées pour la pose. On m'a aussi informée des risques encourus lors d'une telle procédure. Je sais que certains effets pourraient survenir suite à la procédure tels que : rougeurs, et irritation passagère des yeux et une allergie à l'adhésif utilisé et/ou les tampons de gel antirides. N'importe quand, pendant la procédure, si moi ou la technicienne ne sommes pas à l'aise avec la pose des extensions des cils, j'en informerai la technicienne et elle se fera un plaisir de rectifier la situation ou même de cesser la procédure, si moi ou la technicienne le juge nécessaire. Je reconnais qu'aucune garantie ne m'a été donnée, qu'aucun engagement ne m'ont été faits et que je consens à la procédure à mes propres risques.

J'ai noté, sur le formulaire d'information médicale et confidentielle du client, toutes conditions médicales spécifiques sur ma santé, mon historique médical, la médication prise et toutes réactions allergènes à des produits ou des médicaments. Toutefois, certaines réactions pourraient se produire, ce qui pourrait m'empêcher de continuer la procédure.

Par la présente je décharge ma technicienne XTREME LASHES et la compagnie sous laquelle elle exerce et/ou toute personne affiliée avec ma technicienne (incluant associations, sociétés ou compagnies affiliées) de toutes réclamations ou pré judiciaires nécessaires pour entériner cette déclaration. De plus, je consens à reconnaître que ce formulaire de renonciation et d'exonération est en prévision de tous dommages connus et inconnus à la signature du formulaire, et que ces dits dommages sont inclus à la signature de ce formulaire. De plus je consens à ce que tous litiges qui s'ensuivraient soient arbitrés devant l'American Arbitration Association et/ou son équivalent canadien. Je reconnais qu'advenant une décision qui favorise l'une des deux parties en litige, la partie qui l'emportera a droit à un dédommagement raisonnable pour ses frais encourus, frais déterminés par l'arbitre. De plus je consens à tenir secrète l'identité de ma technicienne et à ne pas divulguer le nom XTREME LASHES (et compagnie) et à les tenir à couvert à propos de tous dommages encourus. Je décharge ma technicienne de toutes responsabilités regardant des conditions préexistantes que je n'aurais pas révélés, de tous changements à ces conditions, conséquents et/ou subséquents à la procédure. Je comprends que je suis responsable pour toutes autres complications qui pourraient survenir à la procédure, ou résulter de la procédure de la pose d'extensions des cils, procédure faite à ma demande.

Je, _____, par la présente, déclare avoir lu et compris le présent formulaire de renonciation et d'exonération. Je certifie avoir consulté un professionnel d'XTREME LASHES (et compagnie) et que j'ai lu toutes documentations qui m'ont été remises. Je reconnais et comprends qu'il pourrait y avoir des risques inconnus et qui ne sont pas raisonnablement prévisibles à ce jour. De plus je consens par la présente à ce que les photographies avant et après soient prises et que ces photographies puissent être utilisées à des fins publicitaires.

Je comprends que je dois effectuer un entretien méticuleux de mes extensions des cils le temps que je les porterai. Je comprends qu'afin d'éviter que l'adhésif ne s'assèche, je ne porterai pas de mascara à l'épreuve de l'eau : je ne froterai pas de manière excessive : durant les 3 à 48 heures qui suivront la procédure (dépendamment de l'adhésif choisi), je ne les mouillerai pas; j'éviterai toute baignade excessive, le sauna, la vapeur, l'utilisation de démaquillant à base d'huile et de recourbe cil ou toute technique servant à les recourber et je ne tirerai pas sur les extensions.

Date : _____

Nom Complet de la Cliente : _____ Signature de la Cliente : _____

Mineurs : Nom Parents/Tuteur : _____ Signature : _____

Adresse/Ville/Province/Code Postal : _____

Adresse Courriel : _____

Téléphone Domicile : _____ Téléphone Cellulaire : _____