

Formulaire d'admission client - Esthéticienne

Formulaire complet d'admission pour les soins de la peau, l'analyse cutanée et les services esthétiques

Informations client

Prénom *

Nom de famille *

Adresse e-mail *

Numéro de téléphone *

Date de naissance *

JJ / MM / AAAA

Analyse de la peau

Comment décririez-vous votre type de peau ? *

- ☐ Sèche — sensation de tiraillement, peut peler
- ☐ Grasse — brillante, pores dilatés
- ☐ Mixte — zone T grasse, joues sèches
- ☐ Normale — équilibrée, problèmes minimes
- ☐ Sensible — facilement irritée, réactive
- ☐ Déshydratée — manque d'hydratation mais peut rester grasse

Quels sont vos principaux problèmes de peau ? (sélectionnez tous les éléments applicables) *

- | | |
|--|---|
| ☐ Acné / Éruptions cutanées | ☐ Vieillissement / Ridules / Rides |
| ☐ Hyperpigmentation / Taches brunes | ☐ Rougeurs / Rosacée |
| ☐ Terne / Teint inégal | ☐ Texture rugueuse / Pores dilatés |
| ☐ Sécheresse / Desquamation | ☐ Dommages solaires |
| ☐ Cicatrices d'acné | ☐ Cernes / Poches |
| ☐ Points noirs / Congestion | |

Quels résultats espérez-vous obtenir ? *

Historique de la peau et des traitements

Décrivez votre routine de soins de la peau actuelle *

Avez-vous déjà reçu des traitements faciaux professionnels ? *

☐ Oui, régulièrement ☐ Oui, occasionnellement ☐ Non, c'est mon premier

Avez-vous suivi l'un des traitements suivants au cours des 4 dernières semaines ?

☐ Peeling chimique ☐ Microneedling ☐ Traitement au laser
☐ Microdermabrasion ☐ Botox ou comblement ☐ Épilation à la cire faciale
☐ Aucun des précédents

Utilisez-vous des produits de soins de la peau sur ordonnance ?

Informations de santé

Avez-vous l'une des conditions suivantes ?

☐ Eczéma ☐ Psoriasis
☐ Rosacée (diagnostiquée) ☐ Boutons de fièvre / Herpès simplex
☐ Diabète ☐ Trouble auto-immun
☐ Cancer (en cours ou en traitement) ☐ Antécédent de cicatrices chéloïdes
☐ Enceinte ou allaitante ☐ Aucun des précédents

Allergies connues (ingrédients des soins, latex, parfums, etc.) *

Médicaments actuels (y compris les suppléments)

Avez-vous pris de l'Accutane (isotrétinoïne) au cours des 6 derniers mois ? *

☐ Oui ☐ Non

Sélection des services

Services intéressants *

- ☐ Soin facial basique / classique
- ☐ Soin facial nettoyage profond
- ☐ HydraFacial
- ☐ Soin facial anti-âge
- ☐ Soin facial illuminant / dépigmentant
- ☐ Soin facial pour l'acné
- ☐ Soin facial pour peaux sensibles
- ☐ Dermaplaning
- ☐ Luminothérapie LED
- ☐ Soin facial à l'oxygène
- ☐ Soin facial personnalisé / recommandation de l'esthéticienne

Journal des traitements

Réservé à l'usage du cabinet

	Date	Étape	Produit	Notes
Entrée 1				
Entrée 2				
Entrée 3				
Entrée 4				
Entrée 5				
Entrée 6				

Consentement et signature

Je certifie que les informations fournies sont exactes et complètes. Je comprends que mon esthéticienne utilisera ces informations pour personnaliser mon traitement. Je consens aux services de soins de la peau sélectionnés ci-dessus et je comprends que les résultats varient d'une personne à l'autre. Je m'engage à signaler tout inconfort à l'esthéticienne pendant le traitement.

Je confirme avoir lu et compris les informations ci-dessus et je donne mon consentement éclairé.

J'ai lu et comprends les informations ci-dessus: _____

Signature

Date

Nom en lettres majuscules

Date *

JJ / MM / AAAA

Ce formulaire a été fourni gratuitement par Consentify

Consentify transforme des formulaires comme celui-ci en consentement numérique que vos clients signent sur leur propre téléphone via code QR — avec génération automatique de PDF, détection des contre-indications et stockage sécurisé. Plan gratuit disponible sur <https://getconsentify.com>.

Modèle uniquement. Consultez votre professionnel agréé ou un conseiller juridique avant utilisation ; les exigences varient selon la juridiction et la pratique.