

Formulaire de Consentement et Renonciation aux Services de Coloration et Traitement Chimique des Cheveux

Consentement et renonciation aux responsabilités pour coloration, décoloration, permanentes, défrisants et autres traitements chimiques capillaires

Informations du Client

Prénom *

Nom *

Adresse E-mail *

Numéro de Téléphone *

Date de Naissance *

JJ / MM / AAAA

Détails du Service

Service(s) Demandé(s) *

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Coloration Monochrome | ☐ Mèches / Reflets | ☐ Balayage / Ombré |
| ☐ Décoloration / Éclaircissement | ☐ Correction Colorée | ☐ Tonifiant / Brillance |
| ☐ Permanente | ☐ Défrisage / Lissage | ☐ Traitement à la Kératine |
| ☐ Autre | | |

Résultat Souhaité / Description de Référence *

Historique Capillaire

Couleur Naturelle des Cheveux *

Couleur Actuelle des Cheveux (si différente)

Services chimiques au cours des 12 derniers mois :

- | | |
|--|--|
| ☐ Coloration ou teinture capillaire | ☐ Décoloration ou éclaircissement |
| ☐ Permanente | ☐ Défrisage ou lissage chimique |
| ☐ Traitement à la kératine ou lissage | ☐ Henné ou teinture métallique |
| ☐ Coloration en boîte / maison | ☐ Aucun |

Avez-vous JAMAIS utilisé du henné ou une teinture capillaire à base métallique ? *

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne suis pas sûr(e)

Important : Le henné et les teintures à base métallique peuvent réagir dangereusement avec la coloration professionnelle, la décoloration ou les permanentes. Si vous avez jamais utilisé ces produits, veuillez en informer votre coiffeur immédiatement. Un test de mèche peut être nécessaire.

État actuel des cheveux *

☐ Sains — dommages minimes
☐ Légèrement endommagés — quelque sécheresse ou pointes fourchues
☐ Modérément endommagés — cassure notable
☐ Gravement endommagés — très secs, cassants ou se cassant

Dépistage des Allergies

Les services chimiques capillaires utilisent des produits qui peuvent provoquer des réactions allergiques chez certaines personnes. Un test de patch 48 heures avant le service est recommandé, en particulier pour les nouveaux clients.

Avez-vous des allergies connues aux teintures capillaires, à la décoloration ou aux produits chimiques ? *

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne suis pas sûr(e)

Si oui, veuillez décrire la réaction

Avez-vous actuellement l'un des éléments suivants ?

☐ Coupures ou éraflures du cuir chevelu ☐ Psoriasis ou dermatite du cuir chevelu
☐ Sensibilité du cuir chevelu ☐ Alopécie ou perte de cheveux
☐ Aucun des éléments ci-dessus

Préférence de test de patch *

☐ J'ai passé un test de patch et je n'ai eu aucune réaction
☐ Je refuse un test de patch et j'accepte le risque
☐ Je voudrais planifier un test de patch avant mon rendez-vous

Consentement et Renonciation

Reconnaisances :

1. Je comprends que les résultats des services chimiques capillaires dépendent de nombreux facteurs, y compris l'historique capillaire, l'état actuel et les caractéristiques naturelles des cheveux, et que les résultats exacts ne peuvent être garantis.
2. La correction colorée et l'éclaircissement important peuvent nécessiter plusieurs séances.
3. Je comprends que les services chimiques comportent des risques, notamment : réaction allergique, irritation ou brûlure du cuir chevelu, endommagement des cheveux, cassure ou résultats de couleur involontaires.
4. Si mon coiffeur détermine que le service demandé peut causer des dommages excessifs à mes cheveux, il peut recommander une approche alternative. Je comprends et soutiens ce jugement professionnel.
5. J'ai divulgué honnêtement tous les traitements chimiques antérieurs, y compris les produits maison.
6. Je libère le salon et le coiffeur de toute responsabilité pour les réactions indésirables ou les résultats involontaires.

Je confirme que j'ai fourni des informations exactes sur mon historique capillaire et je comprends que les résultats ne peuvent être garantis. J'accepte les risques associés aux services chimiques capillaires.

J'ai lu et j'accepte ce qui précède: _____

Consentement et Signature

Je consens au(x) service(s) de coloration/chimique capillaire décrit(s) ci-dessus. J'ai été informé(e) des risques et des alternatives. J'ai divulgué tout l'historique capillaire et les informations de santé pertinents. Je libère le salon de toute responsabilité pour les réactions ou les résultats affectés par des informations non divulguées.

Je confirme que j'ai lu et compris les informations ci-dessus et je donne mon consentement éclairé.

J'ai lu et je 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.