

Consentement éclairé chez Grain de Beauté

Soins Pure Skin Ozone / Baby Clear Skin / Korean Glass Lift

Je soussignée :

Nom / Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Atteste avoir été informée du déroulement du soin esthétique réalisé ce jour au sein de l'établissement.

Soin réalisé :

- ☐ Pure Skin Ozone
- ☐ Baby Clear Skin
- ☐ Korean Glass Lift

Contre-indications signalées

Je certifie ne pas présenter, à ma connaissance :

infection cutanée active, herpès en poussée, plaies ou lésions ouvertes, eczéma ou dermatite importante sur la zone traitée, allergie connue aux produits utilisés, traitement dermatologique en cours incompatible, traitement par Isotretinoïne (Curacné/Roaccutane) récent, grossesse ou allaitement (par précaution selon le soin), maladie ou traitement pouvant fragiliser la peau.

Informations importantes

Je reconnais avoir été informée que :

- les soins proposés sont des soins esthétiques non médicaux
- les résultats peuvent varier selon chaque personne
- plusieurs séances peuvent être nécessaires
- une légère rougeur ou sensibilité temporaire peut apparaître après le soin
- le respect des conseils post-soin est recommandé afin d'optimiser les résultats

Je confirme avoir pu poser toutes mes questions et accepte la réalisation du soin.

Pour les mineurs uniquement

Je soussigné(e), représentant légal de l'enfant :

Nom / Prénom :

Autorise la réalisation du soin esthétique sur le mineur :

Nom / Prénom du mineur :

Signature du représentant légal :

Signature : _____

Fait à :

Le : / /

Signature de la cliente :

Signature : _____