



VALENE BEAUTY

Avant la pose d'extensions de cils

- Enlever toute trace de maquillage autour et sur les yeux
- Enlever ses lentilles ou venir avec le boitier (les vapeurs de la colle peuvent se coincer derrière les lentilles et irriter votre cornée, voire pire...)
- Indiquer si votre remplissage nécessite plus de temps que prévu (chute plus importante des extensions...)

Mesures COVID-19

Venir à l'heure

si vous êtes en avance vous pourriez avoir à attendre dehors

Venir seule et/ou sans Animaux

nous ne pouvons nous permettre d'avoir plusieurs personnes dans le salon

Venir avec et porter votre propre masque

nous ne pouvons malheureusement pas en fournir à tous

Vous laver et désinfecter vos mains dans le salon avant la procédure
une fois fait, nous vous demanderont de ne pas toucher de vos affaires

Après la pose d'extensions de cils

- Se laver les cils tous les jours avec un shampoing adapté aux extensions pour éviter toute infection et une tenue optimale
- Ne pas utiliser de produits gras ou contenant de l'huile
- Ne pas porter de mascara sur les extensions
- Ne pas frotter ou tirer les extensions
- Éviter de dormir les yeux dans l'oreiller
- Rester à l'écart de sources de chaleur excessives (four)
- Ne pas utiliser de recourbe cils mécanique



VALENE BEAUTY

Nom & Prénom

Adresse mail

Après la pose d'extensions de cils

Se laver les cils tous les jours avec un shampoing adapté aux extensions pour éviter toute infection et pour une tenue optimale

Ne pas utiliser de produits gras ou contenant de l'huile

Ne pas porter de mascara sur les extensions

Ne pas frotter ou tirer les extensions

Éviter de dormir les yeux dans l'oreiller

Rester à l'écart de sources de chaleur excessives (four)

Cochez ce qui s'applique

Conditions indérissables	OUI	NON
Je suis allergique aux adhésifs: colles, bandes, pansements, patchs pour les yeux...		
Je suis enceinte		
J'ai subi un traitement de chimiothérapie dans les 6 derniers mois		
Je prends des médicaments pour la thyroïde		
J'ai subi une Chirurgie Lasik de moins de 4 mois		
J'ai subi une Blephoroplasty de moins de 6 mois		
J'ai des allergies environnementales: pollen, poussière...		
J'ai la peau grasse		
J'ai déjà eu une réaction allergique aux extensions de cils		

CONSENTEMENT

préalable à la pose d'extensions de cils

Je soussigné(e), autorise par la présente, ma technicienne à appliquer des extensions de cils semi-permanents sur mes cils naturels.

- Je comprends que perdant naturellement 2 à 5 cils par oeil par jour, un remplissage est nécessaire dans un délai de 1 à 4 semaines afin de maintenir l'effet esthétique et la santé de mes cils. Sans remplissage au-delà de 4 semaines, il faudra prévoir une pose complète.
- Je comprends que des extensions synthétiques seront posées directement sur mes cils naturels et que le poids et longueur sont déterminés par la technicienne afin de préserver la santé de mes cils naturels.
- Je comprends que la procédure nécessite l'utilisation de produits adhésifs et que des irritations aux yeux, douleurs oculaires et démangeaisons peuvent survenir.
- Je comprends et j'accepte que si je fais l'expérience de ces désagréments, j'en informe ma technicienne et que les cils devront peut-être être retirés ou qu'il me faudra consulter un médecin à mes frais.
- Je comprends qu'il y ait des risques imprévisibles associés à la pose d'extensions de cils et /ou les retirer moi-même.
- Je comprends et j'accepte de suivre les instructions d'entretien fournies par ma technicienne. Ne pas les suivre peut causer la chute prématurée des extensions et/ou des infections.
- Je comprends que la procédure nécessite que je reste allongée, immobile et les yeux fermés pendant plusieurs heures et ne suis autorisée à les ouvrir que lorsque ma technicienne m'en donne son accord.
- J'assure avoir indiqué toute contre indication préalable à ma technicienne de cils.
- Je constate que le matériel utilisé est soit à usage unique, soit désinfecté et que ma technicienne a lavé/désinfecté ses mains avant l'acte.

Je donne donc mon accord irrévocable pour la pose d'extensions de cils. Cet accord restera en vigueur pendant la procédure et toutes les procédures futures menées par ma technicienne de cils à la date du présent formulaire signé.

Je comprends que cet accord est obligatoire et que j'ai lu et compris toutes les informations énumérées ci-dessus. Je déclare que je suis âgé de plus de 18 ans. Si moins de 18 ans un parent ou tuteur doit également signer ce formulaire.

Par la présente, je décharge toute responsabilité de ma technicienne et de sa micro-entreprise Valene Beauty, de toute réclamation ou procédures judiciaires.

J'accepte que des photos de moi soient prises avant et après la procédure à des fins publicitaires ou de formations.

DATE

"Lu et approuvé"

SIGNATURE

Mélody Valène



VALENE BEAUTY

Nom & Prénom

Adresse mail

Après le rehaussement

Ne pas mouiller les cils pendant 24h après le traitement
Éviter les produits gras ou contenant de l'huile

Cochez ce qui s'applique

Conditions indérissables	OUI	NON
Je suis allergique aux adhésifs: colles, bandes, pansements, patchs pour les yeux...		
Je suis enceinte		
J'ai subi un traitement de chimiothérapie dans les 6 derniers mois		
Je prends des médicaments pour la thyroïde		
J'ai subi une Chirurgie Lasik de moins de 4 mois		
J'ai subi une Blephoroplasty de moins de 6 mois		
J'ai des allergies environnementales: pollen, poussière...		
J'ai la peau grasse		
J'ai déjà eu une réaction allergique au rehaussement		

CONSENTEMENT

préalable au rehaussement

Je soussigné(e), autorise par la présente, ma technicienne de cils à effectuer un rehaussement de mes cils naturels permettant leur recourbement, de façon professionnelle et sécuritaire.

- Je comprends que perdant naturellement 2 à 5 cils par oeil par jour, le rehaussement ne durera que jusqu'à ce que tous mes cils se soient renouvelés, soit 6 à 8 semaines.
- Je comprends que le rehaussement consiste à donner à mes cils une courbure parfaite par l'application de deux produits chimiques à base de kératine et qu'il est recommandé d'attendre le renouvellement de tous mes cils naturels avant de pouvoir renouveler celui-ci.
- Je comprends que la procédure nécessite l'utilisation de produits adhésifs et que des irritations des yeux, douleur oculaire et démangeaisons peuvent subvenir.
- Je comprends et j'accepte que si je fais l'expérience de ces désagréments après 24H qu'il me faudra contacter ma technicienne de cils et/ou consulter un médecin à mes frais.
- Je comprends qu'il y ait des risques imprévisibles associés au rehaussement.
- Je comprends et j'accepte de suivre les instructions d'entretien fournies par ma technicienne. Ne pas les suivre peut causer au rehaussement de ne pas tenir.
- Je comprends que la procédure nécessite que je reste allongée, immobile et les yeux fermés entre 45 minutes et 1h15 et ne suis autorisée à les ouvrir que lorsque ma technicienne m'en donne son accord.
- J'assure avoir indiqué toute contre indication préalable à ma technicienne de cils.
- Je constate que le matériel utilisé est soit à usage unique, soit désinfecté et que ma technicienne a lavé/désinfecté ses mains avant l'acte.

Je donne donc mon accord irrévocable pour le rehaussement et si besoin de la teinture de mes cils. Cet accord restera en vigueur pendant la procédure et toutes les procédures futures menées par ma technicienne de cils à la date du présent formulaire signé.

Je comprends que cet accord est obligatoire et que j'ai lu et compris toutes les informations énumérées ci-dessus. Je déclare que je suis âgé de plus de 18 ans. Si moins de 18 ans un parent ou tuteur doit également signer ce formulaire.

Par la présente, je décharge toute responsabilité de ma technicienne et de sa micro-entreprise Valene Beauty, de toute réclamation ou procédures judiciaires.

J'accepte que des photos de moi soient prises avant et après la procédure à des fins publicitaires ou de formations.

DATE

"Lu et approuvé"

SIGNATURE

Mélody Valène

CONSENTEMENT MINEURS

Extensions de Cils

Je soussigné(e),
reconnais être au courant et autorise ma fille
..... à se faire poser des
extensions de cils par Valene Beauty. Je reconnais avoir été
mise au courant des risques et contre indications.

Par la présente, je décharge toute responsabilité de la
technicienne et de sa micro-entreprise (847 706 942 00012)
Valene Beauty, de toute réclamation ou procédures
judiciaires.

J'accepte que des photos de ma fille soient prises avant et
après la procédure à des fins publicitaires ou de formations.

DATE

"Lu et approuvé"

SIGNATURE

Mélody Valène