

XXL LASHES

Dati del/la cliente

Nome	Cognome
Indirizzo	Telefono
Indirizzo e-mail	Data di nascita

1. Si trova in fase di trattamento medico o prende medicinali? Si No
2. Soffre di allergie? Si No
3. Soffre di iperreazioni a determinati prodotti? Si No
4. Le è nota una allergia contro colle nastri adesivi o cerotti? Si No
5. È sensibile nella zona degli occhi e delle palpebre? Si No
6. Ha una malattia o una infezione nella zona degli occhi? Si No
7. Soffre di dermatiti o eczemi? Si No
8. Qual è il risultato del Suo test di affinità? _____

Confermo che le informazioni sopra riportate sono corrette. Ho capito che la stilista si affida a queste informazioni ed in base ad esse metterà in atto una applicazione efficace e sicura. Mi assumo la responsabilità per le informazioni date e non date.

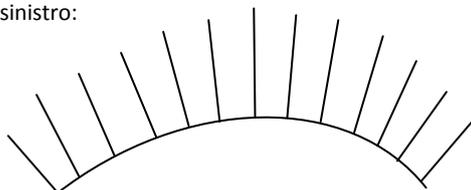
Data / Firma della cliente

Data / Firma della stilista

Protocollo di applicazione. Materiali usati:

Ciglia	Curly:	Lunghezza:	Diametro:	Pads /Nastro / Cleanser
colla:	Look desiderato:			
Tempo occorso:	Costi:	Data:	Firma:	

Occhio sinistro:



Occhio destro

