

# CONTRAT

## EXTENSION DE CILS



NOM: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

TECHNIQUE:



COURBE: \_\_\_\_\_

LONGUEUR: \_\_\_\_\_

DIAMETRE: \_\_\_\_\_

DATE PREMIER RDV: \_\_\_\_\_

DATE RDV

REMPLISSAGE: \_\_\_\_\_

## CONSENTEMENT ECLAIRE PREALABLE A LA PRESTATION EXTENSION DE CILS

Je soussigné(e) .....  
autorise par la présente, ma technicienne à appliquer des extensions de cils semi permanent. Je comprend que ce soin implique que des cils artificiels prévus à cet effet soient collés sur mes cils naturels de façon professionnelle et sécuritaire. Je comprend également que je dois rester immobile et que je ne dois pas ouvrir les yeux à moins que la technicienne me le demande.

- J'ai été informé(e) de manière claire et détaillée :
  - Des **risques d'infection (rougeurs, irritation passagère des yeux...)**
  - Des **risques allergiques** notamment liés à l'utilisation d'une colle chirurgicale et d'adhésif ou patch.
  - Que passé un délai de 48h, si j'ai observé un phénomène allergique celui ci ne peut plus être du à la colle.
  - Des **précautions à respecter après la réalisation des techniques**, notamment pour permettre une bonne tenue des cils dans le temps. (shampoing pour les cils spécifique à appliquer, pas de mascara pendant 48h... )
  - Du caractère nécessaire d'un remplissage **payant dans un délai de 1 à 4 semaines.**
  - **Que sans remplissage au delà de 4 semaines prévoir de nouveau une pose complète.**
- J'ai rempli le questionnaire de non contre-indications (au verso), des maladies, traitements, et interventions éventuelles que j'ai à ce jour.
- Vous m'avez expliqué les détails de l'acte en termes clairs et avez répondu à toutes mes questions.**
  - Durée de la prestation: Etre capable de rester allongée, les yeux fermés 2 heures ou plus.
  - Tenue: 3 à 4 semaines en fonction du renouvellement des cils (perte de 3 cils par jour environ)
- Je vous ai donné mon accord irrévocable pour la pose d'extension de cils. J'ai pris note qu'il existe un certain degré d'imprévisibilité dans la qualité ou la durée du résultat attendu, qu'il persiste enfin un caractère subjectif en matière esthétique.**
- J'ai pu constaté que **les différents cils et les matériaux utilisés pour mon intervention sont à usage unique et stérile.** Notre technicienne est formée par une Lash Designer (cf certificat de formation disponible sur demande à l'accueil)
- Par la présente, **je décharge de toute responsabilité ma technicienne ainsi que la société pour laquelle elle travaille** (incluant sociétés ou compagnies affiliés) **de toute réclamations ou procédures judiciaires.**
- J'autorise la société STUDIO TWOSTEP**, qui a son siège au 4 Cité Chabert à Valence, répertoriée sous le n°809 879 679 au R.C.S. Romans, avec comme représentante Mélody Di Centa et l'ensemble de son équipe à:
  - Disposer pleinement et irrévocablement des images fixes (photos) ou en mouvement (vidéos) me représentant ainsi que des éléments sonores dont je suis l'émetteur, à utiliser mes nom et prénom à des fins d'exploitation, ci-dessous définies. Ces images, vidéo et éléments sonores sont destinés à être reproduits, représentés et/ou adaptés, en tout ou partie, s'il y a lieu, sur internet et sur tous les supports de communication et marketing associés (facebook, instagram, site internet, écran tv, flyer, vitrine, affiche, blog, revue de presse...). Cette autorisation gracieuse vaut pour le monde entier et sans limite de durée. Par la présente, je reconnais ne pas prétendre à une réparation d'un préjudice quel qu'il soit du fait de l'utilisation de mon image.

DATE-SIGNATURE-MENTION MANUSCRITE OBLIGATOIRE « LU ET APPROUVE »

Consentement réalisé en 2 exemplaires, dont un est remis au client qui le reconnaît

SAS STUDIO TWOSTEP  
4/Cité Chabert  
26000 Valence  
809 879 679 RCS Romans

L'état de santé du client, en particulier s'il suit un traitement, peut contre indiquer l'acte envisagé notamment si vous êtes enceinte ou en cours de traitement de chimiothérapie ou en cas de terrain allergique aux produits et matériels utilisés (colle, patch..). Il est conseillé d'en discuter préalablement avec le professionnel et son médecin traitant.

Merci de mettre une croix dans la case concernée:

Si vous êtes <b>enceinte</b>	
Si vous souffrez d'une maladie type <b>cancer</b> ....	
Si vous souffrez d'une maladie auto-immune ( <b>VIH , sclérose en plaques</b> ...)	
Si vous souffrez d'une maladie dermatologique active (psoriasis, eczéma...) sous <b>traitement Roacutane</b>	
Si vous souffrez de <b>diabète</b>	
Si vous prenez des anti coagulants ou souffrez de problèmes cardiologiques	
Si vous avez récemment pris de <b>l'aspirine</b>	
Si vous souffrez de <b>conjonctivite, infection ,orgelet ou problème de sinus</b>	
Si avez déjà eu une <b>réaction allergique lors d'une extension de cils</b>	
Si vous souffrez <b>d'herpès</b>	
Si vous êtes sujet aux <b>allergies métaux</b> (chrome, cuivre...)	
Si vous souffrez d'hypersensibilité aux <b>Pollen</b>	
Si vous souffrez d'hypersensibilité aux <b>Ruban adhésif, latex..</b>	
Si vous avez subi une décoloration, <b>teinture récente de la zone ou une pose de faux cils récemment</b>	
Si vous avez un problème de <b>peau</b>	

## CONDITIONS GENERALES DE VENTES

### RESERVATION - ACOMPTE - ANNULATION- PAIEMENT - REMPLISSAGE - CONSENTEMENT

#### 1. RESERVATION:

- Pour réserver mon rendez vous de maquillage permanent, je reconnais avoir réglé un acompte d'un montant défini par le Studio Twostep.
- Paiement à effectuer **en Carte bleue et en espèces uniquement.**
- Pour des raisons d'hygiène stricte et de sécurité liés à notre activité, nous vous demandons de ne pas venir accompagnée.

#### 2. ACOMPTE:

- L'acompte, quelque soit son montant, n'est en aucun cas remboursable. Il est encaissé le jour de la prise de rendez vous.
- L'acompte n'est pas transférable en bon d'achat ou en bon cadeau pour réaliser une autre prestation ou pour l'achat de produits.

#### 3. RETRACTATION - ANNULATION RDV :

- La signature du présent contrat au sein du Studio Twostep vous engage à réaliser la prestation et vous ne disposez d'aucune faculté de rétractation.
- En cas d'annulation, l'acompte versé quelque soit son montant reste acquis. Le paiement de la totalité de la prestation peut être demandée.

#### 4. REPORT RDV:

- Le rendez vous peut être déplacé au maximum 72h avant la date et l'heure de l'intervention et une seule fois dans la limite de 6 mois à compter de la date et de l'heure du rendez vous initialement prévu. Un deuxième report est facturé 50€.
- Toute modification du rendez passé le délai de 72h avant la date et l'heure de l'intervention implique l'encaissement de l'acompte.
- L'unique moyen permettant de procéder à un report de rendez-vous dans le respect du préavis de 72h est l'envoi d'un email à l'adresse de notre établissement via notre site internet [www.studiotwostep.com](http://www.studiotwostep.com).
- Aucun appel téléphonique ou de message via un réseau social ne seront considérés comme des éléments de preuve, permettant d'apprécier le délai légal et le respect du préavis de 72h.

#### 5. PAIEMENT:

- Vous vous engagez à régler le solde de la prestation le jour du rendez vous en carte bleue ou espèces uniquement.
- Le studio Twostep se réserve le droit de vous demander la totalité du règlement le jour du rendez vous avant l'intervention.

#### 6. REMPLISSAGE

- Un remplissage est recommandé à entre 1 à 4 semaines après l'intervention. Ce rendez vous doit être fixé au plus vite pour vous garantir une belle tenue de vos cils et une disponibilité dans notre planning.
- De la même manière que pour le premier rendez vous vous avez jusqu'à 72h avant la date et heure du rendez vous pour le modifier sans perdre votre acompte.
- La spécialiste se réserve le droit de refuser un remplissage.

- 7. CONSENTEMENT: Après un délai de réflexion suffisant ainsi qu'une évaluation sérieuse, je vous donne mon consentement (informations au recto) à la réalisation de l'extension de cils. ( signature avec mention lu et approuvé ) Je reconnais avoir au moins 18 ans le jour de l'intervention, ne pas être enceinte et ne pas avoir de contre indications médicales pour réaliser

**DATE - SIGNATURE - MENTION MANUSCRITE OBLIGATOIRE « LU ET APPROUVE »**

Consentement réalisé en 2 exemplaires, dont un est remis au client qui le reconnaît

--

l'intervention.