



BILAN MINCEUR

VOS COORDONNÉES :

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TÉLÉPHONE : MAIL :

VOS ATTENTES...

ZONES SOUHAITÉES :

QUELS SONT VOS OBJECTIFS (AMINCISSEMENT, RAFFERMISSEMENT, ANTI-CELLULITE, ANTI-ÂGE...) ?

UTILISEZ-VOUS DÉJÀ DES PRODUITS AMINCISSANTS ? NON
 OUI, LESQUELS ?

VALIDATION ENSEMBLE DES CONTRES-INDICATIONS

PARLEZ NOUS DE VOUS...

PROFESSION : ÂGE :
 ALIMENTATION :
 PRATIQUEZ-VOUS UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ?
 AVEZ-VOUS EU DES GROSSESSES ?
 AVEZ-VOUS UNE CONTRACEPTION ?
 TRAITEMENT MINCEUR DÉJÀ RÉALISÉ :
 TAILLE : CM POIDS :KG MESURES :
 BOISSON (THÉ / EAU) : BOIRE 1,5 LITRE/ JOUR EST ESSENTIEL

NOTRE BILAN EXPERT.. (À remplir par l'esthéticienne)

Cellu M6 LPG	
Modelage Silhouette Decléor®	
Cryolipolyse	
Radio-Fréquence	
Cavitation	
Pressothérapie	
Waterbike	

	Proposition n°1	Proposition n°2	Proposition n°3
Protocole			
Nombre de séances			
Tarifs			

Produits adaptés aux besoins		Nombre d'application à la maison

OBSERVATIONS / SANTÉ :

