

FICHE DE SOINS

Nom:Prénom:

Adresse personnelle:

Adresse professionnelle:

Téléphone personnel:Téléphone professionnel:

Créneau idéal pour les rendez-vous.....

Nom du Parrain ou Filleul:

Problèmes rencontrés lors de précédents RDV ou éléments importants! (Besoin de capsules larges, réaction à un des produits utilisés, etc ...).

Numéro des capsules :

Montant du rabais permanent si forfait spécial.....

Carte de fidélité: **1 - 2 - 3 - 4 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10**

DATE	SOINS	OBSERVATIONS	PRIX

Quels types de services sont envisagés à l'avenir ?

.....
.....
.....
.....

DATE	PRODUITS VENDUS	PRIX