

Coaching Esthétique

Suivi clientèle

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Mail : _____

Vos besoins externes

Entretien du visage _____

Entretien du Corps _____

Minceur _____

Bronzage _____

Cheveux _____

Maquillage _____

Entretien des mains _____

Entretien des pieds _____

Faux ongles _____

Epilation _____

Vos besoins internes

Stress _____

Arthrose _____

Cholestérol _____

Digestion _____

Fatigue _____

Circulation sanguine _____

Ménopause _____

Transit _____

Autre _____

Autre _____

Vos besoins spécifiques

Acné _____

Tâches pigmentaires _____

Cellulite _____

Vergetures _____

Eczéma _____

Psoriasis _____

Dermite _____

Chute de cheveux _____

Ongles _____

Autre _____

Vous avez aimé

Offrez

à 4 de vos amies

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Mail : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Mail : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Mail : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Mail : _____