



# 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'applications à la maison

OBSERVATIONS / SANTÉ : .....

.....

.....

