

# Formulaire de Consentement U.V :

Clin d'oeil Beauté  
15 Route de Jeuxy  
88000 EPINAL

Nom : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : ..... Tél : .....

Adresse : .....

Ville : .....

Je déclare M.....

Avoir lu attentivement ce document et avoir pris connaissance des avertissements affichés, dans la cabine concernant les risques liés à l'usage de U.V. Je déclare mon intention de recevoir des expositions ou rayonnement U.V dans cet institut.

Lu et approuvé, le .....

### **Prototype I :**

Peau très clair, taches de rousseur (Roux).

Coups de soleil : toujours ; peau rougie puis pelée.

Bronzage : Presque jamais.

Exposition inutile – UV interdit.

### **Prototype II :**

Peau claire, peu de tache de rousseur (Blond).

Coups de soleil fréquent, peau desquame.

Bronzage : Insignifiant.

### **Prototype III :**

Peau claire, (Brun).

Coups de Soleil : Rares et moyens.

Bronzage : Moyen.

### **Prototype IV :**

Peau mate, (Brun).

Coups de Soleil : Presque jamais.

Bronzage : Rapide et profond.

### **Questionnaire :**

Etes vous enceinte :  Oui  Non

➤ Allaitement :  Oui  Non

Prenez vous des médicaments :  Oui  Non

➤ Si oui Lequels : .....

Avez-vous eu un cancer de la peau :  Oui  Non

➤ Et dans votre famille :  Oui  Non

## Il est interdit de :

- Se mettre des cosmétiques avant et pendant la séance.
- Se parfumer le corps.
- Pas d'exposition solaire extérieur cumulé le jour même ou le lendemain.
- Venir avec un coup de soleil.
- Venir avec un **tatouage** (même sourcils) non cicatrisé.
- Pas de lumière pulsée ou laser.

Il est impératifs d'espacer les séances de 48h minimum, de porter des lunettes de protection **PERSONNELLE** et **OBLIGATOIRE**.

\* Certaines substances de médicaments sont **PHOTOSENSIBILISANTS**. (Parfum, antibiotique, complément alimentaire solaire, anti-dépresseur, si traitement pour infection urinaire...).

Vérifier sur la liste présente dans la cabine, en cas de doute, consulter votre médecin.

