



**Fiche de renseignements volontaire**

**1 Etat Civil**

Mr  Mme  Mlle

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....  
.....

Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : .....

Nationalité .....

Tel domicile ..... Tel portable .....

E-mail .....

Profession .....

Médecin traitant : Dr .....

Comment avez-vous connu l'IDEC (annonce, Internet, relation) .....

Acceptez vous d'être contacté par mail ? Oui  Non

par SMS ? Oui  Non

**2 Mensurations**

Poids ..... Taille .....

**3 Habitudes de vie :**

Activité sportive : Faible  Modérée  Importante  Non

Consommation d'alcool: Faible  Modérée  Importante  Non

Consommation de café: Faible  Modérée  Importante  Non

Consommation de thé: Faible  Modérée  Importante  Non

Consommation de tabac: Faible  Modérée  Importante  Non

Consommation de drogue: Oui  Non

Régime amaigrissant: Oui  Non

**4 Quelles sont vos disponibilités pour venir à l'institut ?**

Pas de contrainte

sinon veuillez préciser :  
Matin de: ..... h ..... à ..... h .....  
H du repas de: ..... h ..... à ..... h .....  
Après midi de: ..... h ..... à ..... h .....



Nom : ..... Prénom .....

### **5 Utilisation habituelle :**

- De soin pour le corps : ..... Oui  Non
- De soin pour le visage : ..... Oui  Non
- Fond de teint : ..... Oui  Non
- Si oui, précisez : ..... Fluide  Poudre
- Gloss ou rouge à lèvres : ..... Oui  Non
- Baume à lèvres : ..... Oui  Non
- Mascara : ..... Oui  Non
- Soin gommant pour le corps : ..... Oui  Non
- Soin gommant pour le visage : ..... Oui  Non
- Produits BIO visage ou corps : ..... Oui  Non
- Soins cheveux : ..... Oui  Non
- Vernis à ongle : ..... Oui  Non
- Crème pour les mains : ..... Oui  Non
- Produit anti-transpirant pour les pieds: ..... Oui  Non
- Produits antirides, anti-cernes : ..... Oui  Non
- Déodorant spray: ..... Oui  Non
- Déodorant bille : ..... Oui  Non
- Anti-transpirant : ..... Oui  Non
- Soin buste : ..... Oui  Non
- Produit amincissant (ventre, cuisse, hanche) : .... Oui  Non
- Maquillage permanent : ..... Oui  Non
- Pose de faux ongles : ..... Oui  Non

### **6 Quel est votre mode d'épilation ou de rasage (rasage, cire, épilateur, pince à épiler ou autre):**

- Aisselles : ..... Oui  Mode : ..... Non
- Barbe : ..... Oui  Mode : ..... Non
- Lèvre supérieure : ..... Oui  Mode : ..... Non
- Jambes : ..... Oui  Mode : ..... Non
- Maillot : ..... Oui  Mode : ..... Non



Nom : ..... Prénom .....

**7 Antécédents :****Antécédents Médicaux :** (*précisez les maladies antérieures*)

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

**Antécédents Chirurgicaux :** (*opérations*)

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

**Yeux :**Port de lunettes : ..... Oui  Non Port de lentilles : ..... Oui  Non Maladie : ..... Oui  Non 

Si oui préciser : .....

**Peau, Maladies cutanées :**Coup de soleil important: ..... Oui  Non Maladie de la peau : ..... Oui  Non 

Si oui préciser : .....

Grains de beauté : ..... Oui  Non **Allergie :**Allergies : ..... Oui  Non 

Si oui préciser : .....

**Gynécologique (pour les femmes)**Prenez-vous la pilule : ..... Oui  Non Si oui préciser le nom :  
 .....Etes-vous ménopausée : ..... Oui  Non Si oui, prenez-vous un traitement : ..... Oui  Non Si oui préciser :  
 .....