CORPORIS CONCORDIA

FICHE CLIENT

RENSEIGNEMENTS SANTÉ & CONTRE-INDICATIONS

ADULTE

MERCI DE REMPLIR CE DOCUMENT AVEC ATTENTION
TOUTES LES INFORMATIONS SONT CONFIDENTIELLES ET INDISPENSABLES À VOTRE SÉCURITÉ

Ce questionnaire permet de recueillir les informations nécessaires à votre sécurité et à l'adaptation des soins / prestations non invasifs.
Il ne remplace en aucun cas un avis ou diagnostic médical. En cas de doute, le professionnel peut reporter ou refuser la prestation.

1 IDENTIFICATION DU CLIENT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... Âge : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

E-mail : .....

2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LA SANTÉ

Merci de cocher la case correspondante

Êtes-vous actuellement enceinte ou allaitez-vous ?	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous des allergies (médicaments, produits, aliments, etc.) ?	☐ OUI	☐ NON
Suivez-vous un traitement médical actuellement ?	☐ OUI	☐ NON
Prenez-vous des anticoagulants ou antiagrégants ?	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous des troubles de la coagulation ou saignements faciles ?	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous une maladie cardiaque ou un trouble circulatoire ?	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous un dispositif médical implanté (pacemaker, défibrillateur, etc.) ?	☐ OUI	☐ NON
Êtes-vous diabétique ?	☐ OUI	☐ NON
Êtes-vous épileptique ou sujet à des troubles neurologiques ?	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous une maladie auto-immune ?	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous ou avez-vous eu un cancer ?	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous une infection en cours (fièvre, herpès, zona, etc.) ?	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous des lésions cutanées, plaies, psoriasis, eczéma ou dermatite sur la zone à traiter ?	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous des antécédents de cicatrisation difficile ou de chéloïdes ?	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous subi une intervention chirurgicale récente (moins de 3 mois) ?	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous été exposé(e) au soleil ou aux UV récents (moins de 2 semaines) ?	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous déjà eu une réaction indésirable à une prestation similaire ?	☐ OUI	☐ NON
Autre problème de santé ou situation particulière ?	☐ OUI	☐ NON

Si oui, précisez : .....

.....

.....

3 PRÉCISIONS ET INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Merci de détailler si vous avez coché « OUI » à une ou plusieurs questions.

Allergies / intolérances : .....

.....

Traitements en cours / produits particuliers : .....

.....

Antécédents médicaux ou chirurgicaux importants : .....

.....

Autres informations utiles à la sécurité de la prestation : .....

.....

4 DÉCLARATION DU CLIENT

Je soussigné(e), déclare :

- ☑ avoir répondu sincèrement et au mieux de ma connaissance à toutes les questions ci-dessus ;
- ☑ m'engager à signaler toute modification de mon état de santé avant chaque nouvelle séance ;
- ☑ avoir compris que certaines situations peuvent nécessiter un avis médical préalable ;
- ☑ autoriser le professionnel à effectuer la prestation uniquement si les conditions de sécurité sont réunies ;
- ☑ comprendre que le professionnel peut reporter, adapter ou refuser la prestation si nécessaire pour ma sécurité.

Ce questionnaire ne remplace pas un avis médical et ne constitue pas un diagnostic.
Je certifie avoir pris connaissance des informations ci-dessus et les accepter.

Fait à : ..... Le : .....

5 PROTECTION DES DONNÉES

J'accepte que mes données personnelles soient collectées et traitées dans le cadre de ma prise en charge, conformément au RGPD.

Je dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition.

6 DOCUMENT À REMETTRE

Cette fiche est à remettre avant la première prestation et sera conservée dans le dossier.

Elle pourra être mise à jour si votre état de santé ou vos traitements évoluent.

7 ENGAGEMENT DU CLIENT

Je m'engage à informer immédiatement le professionnel en cas de modification de mon état de santé ou de mes traitements.

Je certifie avoir pris connaissance des informations ci-dessus et en accepter les conditions.

SIGNATURE DU CLIENT	SIGNATURE DU PROFESSIONNEL
(Précédée de la mention "Lu et approuvé")	*(Précédée de la mention "Lu et remis")*

CORPORIS CONCORDIA
10 RUE DES GÉMEAUX
06560 SOPHIA ANTIPOLIS

07 69 24 85 03
CORPORIS.CONCORDIA@GMAIL.COM

WWW.CORPORIS-CONCORDIA.COM
CORPORIS_CONCORDIA

Harmonie du Corps, Élévation de l'Être

CORPORIS CONCORDIA

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

AUX SOINS ET PRESTATIONS

ADULTE

MERCI DE LIRE ATTENTIVEMENT CE DOCUMENT AVANT DE LE SIGNER

Ce document a pour objectif de vous informer de manière claire et loyale sur la prestation proposée, ses bénéfices attendus, ses limites, ainsi que sur les effets indésirables et contre-indications éventuels.
Il ne se **substitue pas à un diagnostic médical ni à un avis thérapeutique**.

1 IDENTIFICATION DU CLIENT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... Âge : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

E-mail : .....

2 PRESTATION CONCERNÉE

Type de prestation / soin : .....

.....

Technologie / Méthode utilisée (le cas échéant) : .....

.....

Zone(s) concernée(s) : .....

.....

Date de la prestation : .....

4 INFORMATIONS SUR LA PRESTATION

OBJECTIFS
Améliorer l'apparence, le bien-être, la fermeté, la tonicité, la texture de la peau, réduire certains signes de l'âge, drainer, sculpter, ou accompagner un objectif esthétique et/ou de bien-être.

DÉROULEMENT
La prestation est non invasive et se déroule selon un protocole personnalisé, adapté à vos besoins et à votre sensibilité.
Le protocole peut inclure l'utilisation d'appareils, de techniques manuelles et/ou de produits cosmétiques professionnels.

BÉNÉFICES ATTENDUS
Les résultats peuvent varier d'une personne à l'autre et dépendent de plusieurs facteurs (métabolisme, mode de vie, hygiène de vie, régularité des séances, etc.).
Cette prestation ne remplace en aucun cas un traitement médical.

5 RISQUES, EFFETS INDÉSIRABLES ET CONTRE-INDICATIONS

EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES (selon la prestation)
Rougeurs, échauffements, sensibilité, tiraillements, ecchymoses, œdèmes, sensations passagères, mais généralement temporaires.

CONTRE-INDICATIONS GÉNÉRALES (liste non exhaustive)
Je déclare ne pas être concerné(e) par les contre-indications suivantes :

- Grossesse ou allaitement
- Maladies cardiovasculaires non stabilisées
- Cancer en cours de traitement
- Port de dispositif médical implanté (pacemaker, défibrillateur, etc.)
- Troubles de la coagulation ou traitement anticoagulant
- Maladies auto-immunes évolutives
- Infections, lésions ou pathologies cutanées sur la zone à traiter
- Épilepsie non stabilisée
- Toute autre pathologie ou traitement pouvant présenter un risque

En cas de doute ou de condition particulière, un avis médical est recommandé.

6 DÉCLARATION D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

- ☑ J'atteste avoir reçu des explications claires, compréhensibles et adaptées concernant la nature, le déroulement, les bénéfices attendus, les limites, ainsi que les risques et effets indésirables possibles de la prestation.
- ☑ J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais et j'ai reçu des réponses satisfaisantes.
- ☑ J'ai compris que les résultats ne sont pas garantis et peuvent varier d'une personne à l'autre.
- ☑ Je consens librement et sans contrainte à recevoir la prestation décrite ci-dessus.
- ☑ Je m'engage à suivre les recommandations qui me seront données avant et après la séance.

Je sais que je peux retirer mon consentement à tout moment, sans avoir à me justifier, ce qui entraînera l'arrêt immédiat de la prestation.

7 AUTORISATION PHOTOGRAPHIQUE (AVANT / APRÈS – FACULTATIF)

J'autorise Corporis Concordia à réaliser des photographies avant / après à des fins de suivi et d'évaluation de la prestation uniquement.

☐ OUI ☐ NON

Ces images resteront strictement confidentielles et ne seront en aucun cas diffusées sans mon accord écrit.

8 PROTECTION DES DONNÉES

J'accepte que mes données personnelles soient collectées et traitées dans le cadre de ma prise en charge, conformément au RGPD.

Je dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition.

9 ENGAGEMENT DU CLIENT

Je m'engage à informer immédiatement le professionnel en cas de modification de mon état de santé ou de traitement médical.

Je certifie l'exactitude des informations fournies et m'engage à ne pas omettre d'informations importantes.

Fait à : .....

Le : .....

SIGNATURE DU CLIENT	SIGNATURE DU PROFESSIONNEL
(Précédée de la mention "Lu et approuvé")	*(Précédée de la mention "Lu et remis")*

CORPORIS CONCORDIA
10 RUE DES GÉMEAUX
06560 SOPHIA ANTIPOLIS

07 69 24 85 03
CORPORIS.CONCORDIA@GMAIL.COM

WWW.CORPORIS-CONCORDIA.COM
CORPORIS_CONCORDIA

Harmonie du Corps, Élévation de l'Être

CORPORIS CONCORDIA

INFORMATION & CONSENTEMENT

PERSONNES DIABÉTIQUES

MERCI DE LIRE ATTENTIVEMENT CE DOCUMENT AVANT DE LE SIGNER

Vous nous avez indiqué être atteint(e) de diabète. Ce document a pour objectif de vous informer des particularités liées au diabète en matière de soins esthétiques et de bien-être, et d'établir votre consentement éclairé.

> **i** Le diabète n'est pas une contre-indication systématique à la réalisation des soins et prestations proposés par Corporis Concordia. Toutefois, certaines précautions sont nécessaires et les résultats peuvent être différents ou moins prévisibles d'une personne à l'autre.

1 Compréhension et informations

Je comprends que :

- Le diabète peut influencer la qualité de la peau, la circulation sanguine et la capacité de cicatrisation.
- Ces facteurs peuvent entraîner une sensibilité accrue, un risque plus élevé d'irritations, d'infections ou de retard de cicatrisation.
- En fonction du type de soin, de la zone traitée, de l'équilibre de mon diabète et de la présence éventuelle de complications, les réactions et résultats peuvent être différents ou moins prévisibles.
- Les soins et prestations proposés par Corporis Concordia visent le bien-être, l'amélioration de l'apparence ou le soutien esthétique, mais ne remplacent en aucun cas un traitement médical.
- Il m'appartient d'informer le professionnet de toute évolution de mon état de santé, de mes traitements ou de toute complication.

2 Précautions et adaptations

Pour votre sécurité, le professionnel pourra :

- Adapter le protocole, l'intensité ou la durée du soin.
- Éviter certaines zones ou techniques selon votre situation.
- Reporter ou refuser la prestation en cas de risque pour votre santé.
- Vous demander un avis médical si nécessaire.

3 Résultats

Je comprends que les résultats peuvent être :

- moins visibles,
- plus progressifs,
- moins durables,
- ou différents de ceux obtenus chez une personne non diabétique.

Aucun résultat précis ou garanti ne peut m'être assuré.

4 Déclaration du Client

Je soussigné(e), déclare :

- ☑ avoir informé le professionnel de mon diabète et, à ma connaissance, de tout élément lié à ma santé ;
- ☑ avoir reçu des informations claires et compréhensibles sur les particularités et les précautions liées à mon état ;
- ☑ comprendre que les résultats peuvent être différents et ne sont pas garantis ;
- ☑ avoir pu poser toutes mes questions et obtenu des réponses satisfaisantes ;
- ☑ consentir librement à la réalisation du soin / de la prestation proposée.

Je certifie avoir pris connaissance des informations ci-dessus et les accepter.

Fait à : ..... Le : .....

5 Informations à fournir (à titre indicatif)

Type de diabète : ☐ Type 1 ☐ Type 2 ☐ Autre : .....

Depuis quand êtes-vous diabétique ? .....

Traitement en cours : ☐ Insuline ☐ Comprimés ☐ Autre : .....

Équilibre de votre diabète : ☐ Équilibré ☐ Peu équilibré ☐ Non équilibré

Dernière glycémie / HbA1c (si connue) : .....

Complications connues : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles ? .....

.....

6 Signatures

Je reconnais avoir été informé(e) de manière claire et loyale et donner mon consentement à la réalisation du soin / de la prestation dans les conditions expliquées.

Signature du client	Signature du professionnel
(Précédée de la mention "Lu et approuvé")	*(Précédée de la mention "Lu et remis")*

CORPORIS CONCORDIA
10 RUE DES GÉMEAUX
06560 SOPHIA ANTIPOLIS

07 69 24 85 03
CORPORIS.CONCORDIA@GMAIL.COM

WWW.CORPORIS-CONCORDIA.COM
CORPORIS_CONCORDIA

Harmonie du Corps, Élévation de l'Être

CORPORIS CONCORDIA

FICHE CLIENT

RENSEIGNEMENTS SANTÉ & CONTRE-INDICATIONS

MINEUR

MERCI DE REMPLIR CE DOCUMENT AVEC ATTENTION
TOUTES LES INFORMATIONS SONT CONFIDENTIELLES ET INDISPENSABLES À VOTRE SÉCURITÉ

Ce questionnaire permet de recueillir les informations nécessaires à votre sécurité et à l'adaptation des soins / prestations non invasifs.
Il ne remplace en aucun cas un avis ou diagnostic médical. En cas de doute, le professionnal peut reporter ou refuser la prestation.

1 IDENTIFICATION DU MINEUR

Nom et prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone (si applicable) : .....

2 REPRÉSENTANT(S) LÉGAL(AUX)

Nom et prénom du représentant légal : .....

Lien avec le mineur : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

Situation de l'autorité parentale :

☐ Autorité parentale exercée conjointement ☐ Exercice exclusif

☐ Tuteur / autre situation : .....

3 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LA SANTÉ DU MINEUR

Merci de cocher la case correspondante

Le mineur est-il actuellement enceinte ou susceptible de l'être ?	☐ OUI	☐ NON
Le mineur allaite-t-il ?	☐ OUI	☐ NON
Le mineur présente-t-il des allergies (médicaments, produits, aliments, etc.) ?	☐ OUI	☐ NON
Suivi médical en cours ou traitement particulier ?	☐ OUI	☐ NON
Prise de médicaments (préciser lesquels) ?	☐ OUI	☐ NON
Traitement anticoagulant ou antiagrégant ?	☐ OUI	☐ NON
Trouble de la coagulation ou saignements faciles ?	☐ OUI	☐ NON
Maladie cardiaque ou trouble circulatoire ?	☐ OUI	☐ NON
Dispositif médical implanté (pacemaker, défibrillateur, etc.) ?	☐ OUI	☐ NON
Diabète ?	☐ OUI	☐ NON
Épilepsie ou troubles neurologiques ?	☐ OUI	☐ NON
Maladie auto-immune ?	☐ OUI	☐ NON
Cancer en cours de traitement ou antécédent de cancer ?	☐ OUI	☐ NON
Infections en cours (fièvre, herpès, zona, etc.) ?	☐ OUI	☐ NON
Lésions cutanées, plaies, eczéma, psorisais sur la zone à traiter ?	☐ OUI	☐ NON
Antécédent de cicatrice hypertrophique ou chéloide ?	☐ OUI	☐ NON
Intervention chirurgicale récente (- de 3 mois) ?	☐ OUI	☐ NON
Exposition solaire ou UV récente (moins de 2 semaines) ?	☐ OUI	☐ NON
Antécédent de réaction à une prestation non invasive ?	☐ OUI	☐ NON
Autre problème de santé ou situation particulière ?	☐ OUI	☐ NON

Si oui, précisez : .....

.....

4 PRÉCISIONS ET INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Merci de détailler si vous avez coché « OUI » à une ou plusieurs questions.

Allergies / intolérances : .....

.....

.....

Traitements en cours / produits particuliers : .....

.....

.....

Antécédents médicaux ou chirurgicaux importants : .....

.....

.....

Autres informations utiles à la sécurité de la prestation : .....

.....

.....

5 INFORMATION ET AVIS DU MINEUR

Le mineur a été informé, dans des termes adaptés à son âge et à sa compréhension, de la nature du soin / de la prestation envisagée, de son déroulement, des effi attendus, des limites, ainsi que des effets indésirables possibles.

Avis du mineur, lorsqu'il est en mesure de l'exprimer :

☐ Accord ☐ Refus ☐ Ne se prononce pas

☐ Non applicable / impossibilité d'expression

6 DÉCLARATION DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Je soussigné(e), représentant(e) légal(e) du mineur désigné ci-dessus :

- ☑ certifie l'exactitude des informations fournies dans ce questionnaire ;
- ☑ m'engage à signaler toute modification de l'état de santé du mineur avant chaque nouvelle séance ;
- ☑ comprends que certaines situations peuvent nécessiter un avis médical préalable ;
- ☑ autorise le professionnel à éffectuer la prestation uniquement si les conditions de sécurité sont réunies ;
- ☑ comprends que le professionnel peut reporter, adapter ou refuser la prestation si nécessaire pour la sécurité du mineur.

Ce questionnaire ne remplace pas un avis médical et ne constitue pas un diagnostic.
Je certifie avoir répondu de bonne foi et avoir informé le mineur dans des termes adaptés.

Fait à : ..... Le : .....

7 PROTECTION DES DONNÉES

J'accepte que mes données personnelles soient collectées et traitées dans le cadre de ma prise en charge, conformément au RGPD.

Je dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition.

8 DOCUMENT À REMETTRE

Cette fiche est à remettre avant la première prestation et sera conservée dans le dossier du mineur.

Elle pourra être mise à jour si l'état de santé ou les traitements évoluent.

9 ENGAGEMENT DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Je m'engage à informer immédiatement le professionnel en cas de modification de l'état de santé du mineur.

Je certifie avoir pris connaissance des informations ci-dessus et en accepter les conditions.

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL

(Précédée de la mention "Lu et approuvé")

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL

(Précédée de la mention "Lu et remis")

CORPORIS CONCORDIA
10 RUE DES GÉMEAUX
06560 SOPHIA ANTIPOLIS

07 69 24 85 03
CORPORIS.CONCORDIA@GMAIL.COM

WWW.CORPORIS-CONCORDIA.COM
CORPORIS_CONCORDIA

Harmonie du Corps, Élévation de l'Être

CORPORIS CONCORDIA

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

AUX SOINS ET PRESTATIONS

MINEUR

MERCI DE LIRE ATTENTIVEMENT CE DOCUMENT AVANT DE LE SIGNER

Ce document a pour objectif de vous informer de manière claire et loyale sur la prestation proposée, ses bénéfices attendus, ses limites, ainsi que sur les effets indésirables et contre-indications éventuels.
Il ne se substitue pas à un diagnostic médical ni à un avis thérapeutique.

1 IDENTIFICATION DU MINEUR

Nom et prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone (si applicable) : .....

2 REPRÉSENTANT(S) LÉGAL(AUX)

Nom et prénom du représentant légal : .....

Lien avec le mineur : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

Situation de l'autorité parentale :

☐ Autorité parentale exercée conjointement ☐ Exercice exclusif

☐ Tuteur / autre situation : .....

3 SOIN / PRESTATION ENVISAGÉ(E)

Nature précise du soin / de la prestation : .....

.....

Zone(s) concernée(s) : .....

Nombre / fréquence des séances (si connu) : .....

Professionnel réalisant le soin : .....

Qualification / profession : .....

4 INFORMATION PRÉALABLE

Le représentant légal déclare avoir reçu, avant la réalisation du soin, une information claire, loyale et compréhensible portant notamment sur la nature du soin, son objectif, son déroulement, ses bénéfices attendus, ses limites, ainsi que les effets indésirables, inconvénients ou risques raisonnablement prévisibles. Il a pu poser les questions qu'il estimait nécessaires et obtenir des réponses adaptées.

Le soin décrit dans le présent document est présenté comme non invasif. Il ne doit pas être confondu avec un acte médical, chirurgical ou thérapeutique lorsqu'il ne relève pas de la profession ou du champ de compétence du professionnel qui le réalise.

5 INFORMATION ET PARTICIPATION DU MINEUR

Le mineur a été informé, dans des termes adaptés à son âge, à sa maturité et à son niveau de compréhension, de la nature et du déroulement du soin. Son avis et sa volonté ont été recherchés et pris en considération autant que possible.

Avis du mineur, lorsqu'il est en mesure de l'exprimer :

☐ Accord ☐ Refus ☐ Ne se prononce pas

☐ Non applicable / impossibilité d'expression

6 CONTRE-INDICATIONS ET INFORMATIONS UTILES

Le représentant légal s'engage à signaler au professionnel, avant le soin et pendant le suivi si nécessaire, toute information utile à la sécurité de la prestation, notamment allergies connues, traitement ou produit particulier, antécédent ou réaction lors d'un soin similaire, affection ou situation susceptible de constituer une contre-indication, ainsi que toute modification récente de l'état de santé.

Allergies / intolérances : .....

Traitements / produits particuliers : .....

Antécédents ou précautions particulières : .....

Autres informations utiles : .....

7 CONSENTEMENT DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Je soussigné(e), représentant(e) légal(e) du mineur désigné ci-dessus, certifie être habilité(e) à autoriser la réalisation du soin / de la prestation décrit(e) dans ce document.

Après avoir reçu les informations nécessaires et avoir pu poser mes questions,

☐ j'autorise la réalisation du soin / de la prestation décrit(e) ci-dessus.

Je comprends que mon consentement peut être retiré pour les prestations à venir et que le professionnel peut refuser ou interrompre la prestation s'il estime que les conditions de sécurité ou de compétence ne sont pas réunies.

8 PHOTOGRAPHIES – CLAUSE DISTINCTE (FACULTATIVE)

La prise et l'utilisation de photographies ne sont pas nécessaires au consentement au soin.
Elles font l'objet d'un accord distinct :

☐ Je n'autorise aucune prise de photographie.
☐ J'autorise la prise de photographies uniquement pour le suivi du dossier, sans diffusion.
☐ J'autorise également l'utilisation / diffusion des photographies à des fins précisées dans un accord distinct.

9 PROTECTION DES DONNÉES

J'accepte que mes données personnelles soient collectées et traitées dans le cadre de ma prise en charge, conformément au RGPD.

Je dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition.

10 DÉCLARATION FINALE

Je reconnais avoir été informé(e) de manière suffisamment claire pour prendre une décision libre et éclairée.

Je confirme l'exactitude des informations communiquées et avoir compris que ce document concerne la prestation décrite.

Une copie du présent document m'est remise.

Fait à : ..... Le : .....

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL	SIGNATURE DU MINEUR (SI APTE)
(Précédée de la mention "Lu et approuvé")	*(Précédée de la mention "Lu et approuvé")*

CORPORIS CONCORDIA
10 RUE DES GÉMEAUX
06560 SOPHIA ANTIPOLIS

07 69 24 85 03
CORPORIS.CONCORDIA@GMAIL.COM

WWW.CORPORIS-CONCORDIA.COM
CORPORIS_CONCORDIA

Harmonie du Corps, Élévation de l'Être

CORPORIS CONCORDIA

AUTORISATION DU DROIT À L'IMAGE

PHOTOGRAPHIES ET VIDÉOS

SOINS ESTHÉTIQUES ET BIEN-ÊTRE



Dans le cadre de la communication de Corporis Concordia, je suis amené(e) à réaliser des photographies et/ou des vidéos avant, pendant et après les soins, afin de présenter les techniques, leurs résultats et l'ambiance de l'établissement.
Ce document a pour objectif de recueillir votre autorisation pour l'utilisation de votre image dans un cadre strictement professionnel et à des fins de communication.

1 Identification du client

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

2 Types de supports concernés

J'autorise l'utilisation de mon image sur les supports suivants :

- ☐ Réseaux sociaux (Instagram, Facebook, etc.)
- ☐ Site internet de Corporis Concordia
- ☐ Supports de communication (plaquettes, flyers, affiches)
- ☐ Présentations professionnelles / formations
- ☐ Articles de presse ou médias (éventuels)

3 Nature des Images

J'autorise la réalisation et l'utilisation de :

- ☐ Photographies
- ☐ Vidéos
- ☐ Photos avant / après (résultats des soins)
- ☐ Images de zones corporelles (visage, corps, etc.)
- ☐ Photos d'ambiance de l'établissement
- ☐ Témoignages (avec ou sans texte)

4 Utilisation de l'image

Ces images pourront être utilisées pour :

- ✓ Informer sur les soins et leurs bénéfices
- ✓ Illustrer des résultats (avant / après)
- ✓ Présenter l'ambiance et l'expertise de l'établissement
- ✓ Valoriser les techniques et les protocoles proposés
- ✓ Développer la communication de Corporis Concordia

5 Durée et territoire

La présente autorisation est consentie pour une durée de 5 ans à compter de la date de signature, sur tous supports de communication de Corporis Concordia, sans limitation géographique.

6 Droit de Retrait

Je peux à tout moment demander le retrait d'une image en contactant Corporis Concordia par écrit (e-mail ou courrier). Ce retrait sera effectué dans les meilleurs délais sur les supports encore en ligne ou diffusés.

7 Déclaration et consentement

Je soussigné(e), déclare :

- ✓ Avoir été informé(e) de la finalité de la prise d'images et de leur utilisation.
- ✓ Autoriser Corporis Concordia à utiliser mon image dans les conditions décrites ci-dessus.
- ✓ Comprendre que ces images ne seront utilisées qu'à des fins professionnelles et non commerciales.
- ✓ Être libre de refuser ou de retirer mon consentement à tout moment.
- ✓ Ne pas prétendre à aucune rémunération, contrepartie ou avantage de quelque nature que ce soit.
- ✓ Reconnaître que cette autorisation est donnée en toute connaissance de cause et en toute liberté.

8 Signatures

Fait à : ..... Le : .....

Signature du client

(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Fait à : ..... Le : .....

Signature du professionnel

(Précédée de la mention « Lu et remis »)

CORPORIS CONCORDIA
10 RUE DES GÉMEAUX
06560 SOPHIA ANTIPOLIS

07 69 24 85 03
CORPORIS.CONCORDIA@GMAIL.COM

WWW.CORPORIS-CONCORDIA.COM
CORPORIS_CONCORDIA

Harmonie du Corps, Élévation de l'Être