

Nom :

Classe :

Date :

Note : /10

Fiche diagnostic soins capillaires

EXAMEN DU CHEVEU	<input type="checkbox"/> Gros <input type="checkbox"/> Fin <input type="checkbox"/> Raide <input type="checkbox"/> Souple <input type="checkbox"/> Frisé <input type="checkbox"/> Sain				
NATURE DU CHEVEU	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gras <input type="checkbox"/> Sec <input type="checkbox"/> Poreux <input type="checkbox"/> Non poreux <input type="checkbox"/> naturel <input type="checkbox"/> Coloré <input type="checkbox"/> Décoloré <input type="checkbox"/> Permanenté <input type="checkbox"/> Sensibilisé <input type="checkbox"/> Méché <input type="checkbox"/> Terne				
EXAMEN DU CUIR CHEVELU	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gras <input type="checkbox"/> Sec <input type="checkbox"/> Porteur d'eczéma <input type="checkbox"/> Irrité <input type="checkbox"/> Plaies <input type="checkbox"/> Pelliculeux <input type="checkbox"/> Boutons				
TYPE DE PRODUIT À UTILISER					
SHAMPOOING			SOINS		
<input type="checkbox"/> Neutre / simple	<input type="checkbox"/> Traitant / spécifique	<input type="checkbox"/> Lotion	<input type="checkbox"/> Baume	<input type="checkbox"/> Mousse	
<input type="checkbox"/> Reflet	<input type="checkbox"/> Technique	<input type="checkbox"/> Crème	<input type="checkbox"/> Masque	<input type="checkbox"/> Autre :	
CHOIX DES PRODUITS					
CATEGORIE DE SHAMPOING	Produit :		Modalités d'application :		
	Quantité :				
	Temps de pause :				
CHOIX DU SOIN « PRE » AVANT	Produit :		Modalités d'application :		
	Quantité :				
	Temps de pause :				
CHOIX DU SOIN « POST » APRES	Produit :		Modalités d'application :		
	Quantité :				
	Temps de pause :				

Nom :

Classe :

Date :

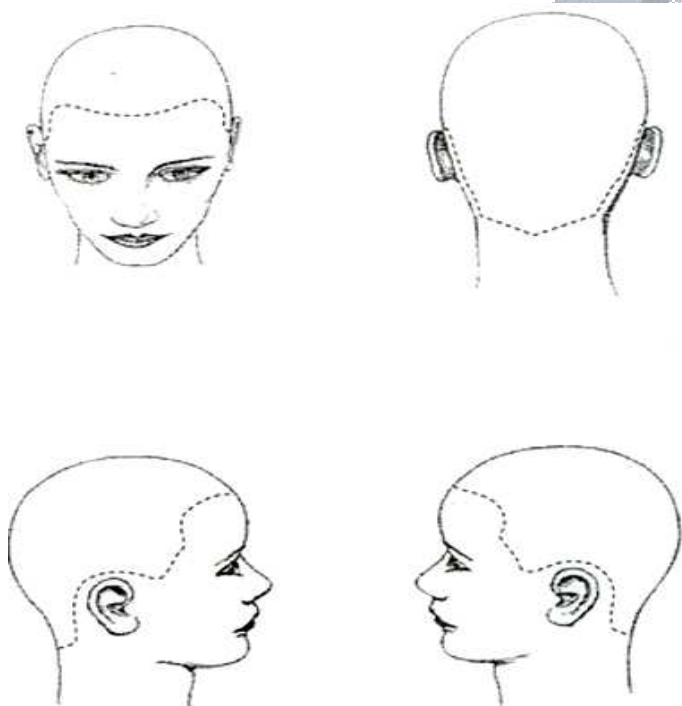
Note : /10

Fiche diagnostic de mise en forme durable

NOM DE LA CLIENTE :	DATE DE LA DERNIERE PERMANENTE : / /	Étiez-vous satisfaite de votre dernier service forme ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Pourquoi ?
EXAMEN DU CHEVEU	<input type="checkbox"/> Gros <input type="checkbox"/> Fin <input type="checkbox"/> Raide <input type="checkbox"/> Souple <input type="checkbox"/> Frisé <input type="checkbox"/> Sain	
NATURE DU CHEVEU	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gras <input type="checkbox"/> Sec <input type="checkbox"/> Poreux <input type="checkbox"/> Non poreux <input type="checkbox"/> naturel <input type="checkbox"/> Coloré <input type="checkbox"/> Décoloré <input type="checkbox"/> Permanenté <input type="checkbox"/> Sensibilisé <input type="checkbox"/> Méché	
EXAMEN DU CUIR CHEVELU	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gras <input type="checkbox"/> Sec <input type="checkbox"/> Porteur d'eczéma <input type="checkbox"/> Irrité <input type="checkbox"/> Plaies <input type="checkbox"/> Pelliculeux	
LONGUEUR DES CHEVEUX	<input type="checkbox"/> + de 15cm	<input type="checkbox"/> -15cm
DESIR CLIENT (E)	<input type="checkbox"/> TETE ENTIERE <input type="checkbox"/> PARTIEL	
TYPE DE FRISURE DESIREE	<input type="checkbox"/> très nerveuse (Ø6) <input type="checkbox"/> nerveuse (Ø7 à 8,5) <input type="checkbox"/> soutenue (Ø9) <input type="checkbox"/> souple (Ø10 à 12) <input type="checkbox"/> très souple (Ø12 à 16)	

DECISIONS

PLAN DE MONTAGE ET DIRECTION DES ENROULEURS



Croquis source « Pivot point »

CONSIGNES : Sur les croquis ci contre représentez les enrouleurs (en bleu) et leurs directions (en rouge). Entourez ci dessous le dessin de frisure souhaité et précisez sur quelles zones
Ex : f4 nuque & cotés f1 dessus de tête.

Reconnaitre un dessin de frisure

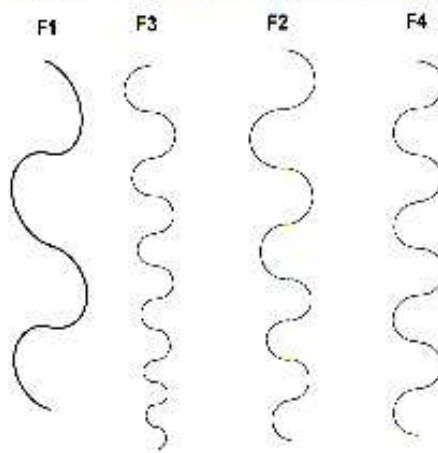


Image source : « Techno'onde » par JC Fulgoni

CHOIX DU PROCEDE	<input type="checkbox"/> Tiède <input type="checkbox"/> Froide
CHOIX DE LA METHODE	<input type="checkbox"/> Direct <input type="checkbox"/> Indirect
CHOIX DE LA TECHNIQUE D'ENROULEMENT	<input type="checkbox"/> Classique <input type="checkbox"/> Directionnel
CHOIX DE L'ENROULEMENT	<input type="checkbox"/> Simple <input type="checkbox"/> Double <input type="checkbox"/> Triple
SOIN PRE FORME	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
TYPE DE PRODUIT REDUCTEUR CHOISI	<input type="checkbox"/> Acide <input type="checkbox"/> Neutre <input type="checkbox"/> Tamponné <input type="checkbox"/> Alcalin
FORCE DU OU DES PRODUIT (S) REDUCTEUR	<input type="checkbox"/> n°0 ou n°1S <input type="checkbox"/> n° 1 <input type="checkbox"/> n° 1F <input type="checkbox"/> n°2 <input type="checkbox"/> n°3

SOLUTIONS CORRECTIVES SI NECESSAIRES :

Nom :

Classe :

Date :

Note : /10

CHOIX DES PRODUITS DE PERMANENTE

CATEGORIE DE SHAMPOOING	Produit :
PRE-TRAITEMENT	Produit : Modalités d'application :
CHOIX DU REDUCTEUR 1	Produit : Force: Quantité : Temps de pause : Modalités d'application :
CHOIX DU REDUCTEUR 2	Produit : Force: Quantité : Temps de pause : Modalités d'application :
CHOIX DU REDUCTEUR 3	Produit : Force: Quantité : Temps de pause : Modalités d'application :
CHOIX DU PRODUIT FIXATEUR	Produit : Quantité : Temps de pause : Modalités d'application :
SOINS POST PERMANENTE	Marque : Modalités d'application :

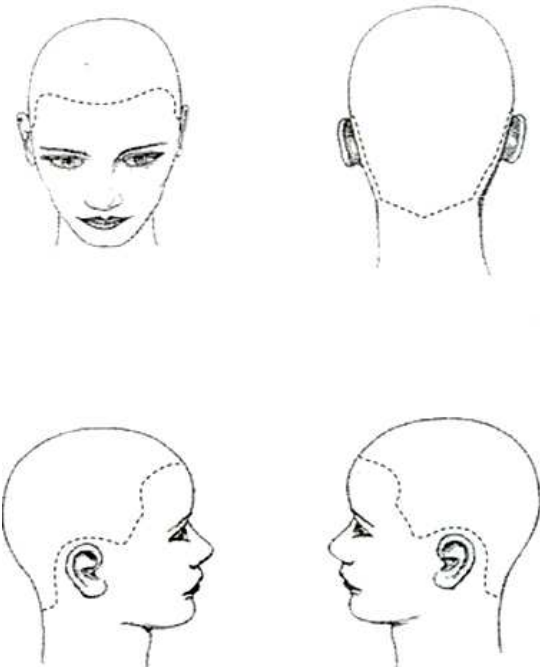
Nom :

Classe :

Date :

Note : /10

Fiche diagnostic de coloration / décoloration

NOM DE LA CLIENTE :			TOUCHE D'ESSAI (essai de sensibilité conseillé) <input type="checkbox"/> réaction négative <input type="checkbox"/> réaction positive			DATE DU DERNIER SHAMPOOING : / /						
EXAMEN DU CHEVEU			<input type="checkbox"/> Gros <input type="checkbox"/> Fin <input type="checkbox"/> Raide <input type="checkbox"/> Souple <input type="checkbox"/> Frisé <input type="checkbox"/> Sain									
NATURE DU CHEVEU			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gras <input type="checkbox"/> Sec <input type="checkbox"/> Poreux <input type="checkbox"/> Non poreux <input type="checkbox"/> naturel <input type="checkbox"/> Coloré <input type="checkbox"/> Décoloré <input type="checkbox"/> Permanenté <input type="checkbox"/> Sensibilisé <input type="checkbox"/> Méché									
EXAMEN DU CUIR CHEVELU			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gras <input type="checkbox"/> Sec <input type="checkbox"/> Porteur d'eczéma <input type="checkbox"/> Irrité <input type="checkbox"/> Plaies <input type="checkbox"/> Pelliculeux									
TEINTE DE DEPART			HAUTEUR DE TON			REFLET (S)			% CHEVEUX BLANCS <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> +50%			
			Pointe			N°				/		
			1/2 Longueur			N°				/		
Repousse			N°			/						
DESIR CLIENT (E)												
PRINCIPES CREATIFS			<input type="checkbox"/> REPETITION couleur uniforme			<input type="checkbox"/> PROGRESSION couleur évoluant du + clair au + foncé ou du + foncé au plus clair						
			<input type="checkbox"/> CONTRASTE 2 couleurs de 3 tons d'écart			<input type="checkbox"/> ALTERNANCE changement séquentiel d'une couleur à une autre						
CONSIGNES : À partir des croquis ci-contre, représentez les zones de préparation pour la coloration que vous désirez réaliser. Nommez-les de A à E. pour chaque zone indiquez dans le tableau la hauteur de ton et le reflet que vous souhaitez pour obtenir votre fond. Précisez pour chacune des zones les effets de couleurs recherchés.												
 <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">Croquis source « pivot point »</p>			HAUTEUR DE TON			REFLETS		EFFETS COULEUR		CITEZ-LA (LES) TECHNIQUE (S)		
			Zone	Numéro	Nom	Marque	Numéro	Nom	Numéro		Nom	Marque
			A									
			B									
			C									
			D									
E												

Nom :

Classe :

Date :

Note : /10

CHOIX DES PRODUITS DE COLORATION / DECOLORATION		
PRE-TRAITEMENT	Produit : Modalités d'application :	
CHOIX DU COLORANT 1	Produit : Numéro : Quantité : Temps de pause :	Modalités d'application :
CHOIX DU COLORANT 2	Produit : Numéro : Quantité : Temps de pause :	Modalités d'application :
CHOIX DU COLORANT 3	Produit : Numéro : Quantité : Temps de pause :	Modalités d'application :
CHOIX DE L'OXYDANT	<input type="checkbox"/> 2,75%(9V) <input type="checkbox"/> 3%(10v) <input type="checkbox"/> 6%(20V) <input type="checkbox"/> 9%(30%) <input type="checkbox"/> 12%(40%)	
MORDANÇAGE	<input type="checkbox"/> 3%(10v) <input checked="" type="checkbox"/> 6%(20V) Modalités d'application :	
DECOLORATION 1	Produit : Quantité : % de l'oxydant : Temps de pause :	Modalités d'application :
DECOLORATION 2	Produit : Quantité : % de l'oxydant : Temps de pause :	Modalités d'application :
DEMAQUILLAGE/DECAPAGE	Produit : Quantité : Temps de pause :	Modalités d'application :
CHOIX DU SHAMPOOING :		
SOINS POST COLORATION	Marque : Modalités d'application :	