

# CONTRAT DE CURE MINCEUR / ANTI-ÂGE (VERSION PREMIUM SÉCURISÉE)

Entre : M Soins du Corps – SASU SIRET : 103 737 367 Adresse : 16 rue des Aigrettes, 17340 Châtelailon-Plage

Et : Le Client Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ..... Téléphone : ..... Email : .....

---

## 1. Objet du contrat

Le présent contrat encadre la réalisation d'une cure esthétique minceur et/ou anti-âge à visée non médicale.

---

## 2. Description de la cure

Type de cure : .....

Technologies utilisées :  Cryolipolyse  Lipocavitation  Radiofréquence  Vacuum  Pressothérapie  Nanoneedling  Autre : .....

Nombre de séances : ..... Fréquence : ..... Durée de validité de la cure : .....

---

## 3. Objectifs et attentes du client

Objectifs définis : .....

Le Client reconnaît que ces objectifs sont indicatifs et dépendants de nombreux facteurs individuels.

Attentes du client (à compléter obligatoirement) : .....

---

## 4. Engagement ferme du client

Le Client s'engage à :

- Suivre les recommandations (hydratation, alimentation, activité physique)
- Respecter la régularité des séances
- Informer de tout changement de santé

Toute interruption volontaire de la cure ne donne droit à aucun remboursement.

---

## 5. Résultats non garantis (CLAUSE ESSENTIELLE)

Les prestations proposées étant à visée esthétique, aucun résultat précis, chiffré ou immédiat ne peut être garanti.

Les résultats varient selon :

- le métabolisme
- l'hygiène de vie
- l'assiduité
- les caractéristiques physiologiques

Le Client reconnaît avoir été informé que :

- plusieurs séances sont nécessaires
- les résultats peuvent être progressifs ou limités
- aucun résultat ne constitue une obligation de résultat

Aucune contestation ne pourra être fondée sur une attente subjective.

---

## 6. Engagement financier

Montant total : ..... € Modalités :  Comptant  Échéancier

Toute cure commencée est intégralement due. Aucun remboursement ne sera effectué, sauf cas exceptionnel à la seule appréciation du Prestataire.

---

## 7. Annulation / Absence

Toute séance non annulée 24h à l'avance est due.

---

## 8. Hygiène et sécurité

Le Prestataire respecte les protocoles d'hygiène stricts. Le Client s'engage à respecter les consignes données.

Le Prestataire peut refuser ou interrompre une séance pour des raisons de sécurité.

---

## 9. Contre-indications et responsabilité

Le Client certifie l'exactitude des informations fournies. Toute omission dégage la responsabilité du Prestataire.

---

## 10. Autorisation photos (optionnel)

J'accepte l'utilisation de mes photos avant/après  Je refuse

Signature : .....

---

## 11. Consentement éclairé

Le Client reconnaît :

- avoir reçu toutes les informations
  - avoir posé ses questions
  - accepter les risques et limites
- 

## 12. Signature

Fait à : ..... Le : .....

Signature du Client (précédée de « lu et approuvé ») :

Signature du Prestataire :

---

# FICHE CLIENT / BILAN PREMIUM

## Informations générales

Nom : ..... Prénom : ..... Âge : .....

Profession : .....

---

## Objectif principal

Perte de centimètres  Raffermissment  Anti-âge  Autre : .....

---

## Mode de vie

Activité physique :  Oui  Non Hydratation :  Faible  Moyenne  Bonne Alimentation :  Équilibrée  
 Déséquilibrée Sommeil :  Bon  Moyen  Insuffisant

---

## Antécédents médicaux (OBLIGATOIRE)

Problèmes circulatoires  Maladies de peau  Cancer  Grossesse  Pacemaker  Traitement médical  Autre : .....

---

## Zones à traiter

.....

---

## Recommandations personnalisées

.....

---

## Suivi de cure (traçabilité)

Séance 1 : ..... Séance 2 : ..... Séance 3 : ..... Séance 4 : ..... Séance 5 : .....

---

## Déclaration et consentement

Je certifie l'exactitude des informations. Je reconnais avoir été informé(e) des limites et risques.

Signature du Client :

Date : .....

Signature du Prestataire :