



CODE THÉRAPEUTE / MAGASIN
Emmanuel Astier
 Naturopathe - Hypnothérapeute
 Conseils - Formation
 5 rue Jean Moulin 37000 Tours
 06 30 53 48 75
 Siret n°: 513 283 150 00029

CODE: THERA

KIT ANALYSE MINÉRALE DE CHEVEUX.

PRÉSERVER VOTRE SANTÉ

Nous vous prions de bien vouloir remplir le questionnaire confidentiel pour nous permettre d'obtenir une interprétation correcte de vos résultats. Cochez les cases qui vous conviennent. **Utiliser un stylo Noir.**

IMPORTANT : MODE D'EMPLOI

Retournez ce questionnaire complété dans son intégralité avec l'enveloppe contenant vos mèches de cheveux dans l'enveloppe retour jointe.

Je désire effectuer **uniquement l'analyse de cheveux**, je joins pour cela mon **réglement de 98€**

MODE DE RÉGLEMENT FRANCE MÉTROPOLITAINE

- Virement sur le Compte : FR 40 3000 2028 3100 0070 1201 M19
(La commande sera expédiée dès lors que le virement sera effectué sur notre compte)
- Chèque n°: à l'ordre de PROPOS NATURE
- Carte bancaire n°: Expire le __/__/__



N'oubliez pas d'utiliser l'enveloppe T jointe.

MODE DE RÉGLEMENT POUR LA BELGIQUE

- Virement sur le Compte : ING BE37 310 - 1476573 - 28/ BIC : BBRUBEBB
(La commande sera expédiée dès lors que le virement sera effectué sur notre compte ING)

Par téléphone : Passez votre commande en appelant le 069 21 65 20

Par courrier : Effectuer un virement ING ou par carte visa.

Remplir et nous retourner le kit d'analyse à l'adresse :

Nature élément - chez Propos'Nature

ZA du Grand Pont, Rue Gutenberg - BP 27 - 13640 La roque d'antheron

Fax : 069 21 65 21 • Courriel : nature.element@skynet.be

DONNÉES PERSONNELLES :

Nom : Prénom :
 Adresse :
 Email :
 Code postal : Ville :
 Profession :
 Tél. Privé :
 Tél Professionel :
 Date de Naissance :
 Sexe : F H - Taille : - Poids :
 Si vous êtes une femme, êtes-vous :
 Enceinte Allaites-vous Ménopausée

MOTIFS (SI MALADIE LAQUELLE ?) :

Motif :

MALADIE(S) & MÉDICAMENT(S) :

Souffrez-vous d'une (ou plusieurs) affection(s) pour laquelle vous êtes suivi(e) par un médecin et quel(s) médicament(s) prenez-vous ?

CHEVEUX (IMPORTANT) :

Couleur naturelle de vos cheveux :
 Type de shampoing utilisé :
 Utilisez-vous d'autres produits capillaires ? OUI NON
 Si OUI lesquels ? :
 Avez-vous fait dans les 6 derniers mois :
 Une permanente Un défrisage
 Une teinture Des mèches

MÉDICAMENTS - PRENEZ-VOUS DES :

Somnifères Antidépresseurs Diurétiques
 Laxatifs Médicaments pour le foie ou la digestion
 Si vous êtes une femme, prenez-vous :
 La pilule Un traitement hormonal
 Avez-vous pris des antibiotiques dans les 6 derniers mois, si oui lesquels et pourquoi ?

HABITUDES ALIMENTAIRES

Vous suivez un régime Vous êtes végétarien(ne)
 Vous êtes plutôt carnivore
 Vous buvez tous les jours :
 EAU minérale laquelle :
 Café, nombre ?
 FUMEZ vous, combien ?

COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES

Précisez lesquels et depuis combien de temps vous les prenez :
 Des oligoéléments :
 Des vitamines :
 autres :

