

FICHE TECHNIQUE DE COLORATION		
DIAGNOSTIC		
Nom du client: _____		
Coloriste: _____		
Date: _____		
Touche d'essai		
Date: _____		
Résultat: _____		
État du cuir chevelu		
<input type="checkbox"/> Sain <input type="checkbox"/> Gras <input type="checkbox"/> Sec <input type="checkbox"/> Pellicules <input type="checkbox"/> Irrité <input type="checkbox"/> Sensible <input type="checkbox"/> Autres _____		
Type de cheveux		
<input type="checkbox"/> Fins <input type="checkbox"/> Normaux <input type="checkbox"/> Gros <input type="checkbox"/> Non poreux <input type="checkbox"/> Poreux <input type="checkbox"/> Très poreux		
État des cheveux		
<input type="checkbox"/> Naturels <input type="checkbox"/> Permanentés <input type="checkbox"/> Colorés <input type="checkbox"/> Décolorés <input type="checkbox"/> Mèches: ___ % <input type="checkbox"/> Cheveux blancs: ___ %		
<input type="checkbox"/> Repousses: _____ cm <input type="checkbox"/> Hétérochromie: Zones: _____		
Racines Dimension: _____ cm Ton et reflets: _____ Cheveux blancs: _____ %	Longueur Dimension: _____ cm Ton et reflets: _____ Cheveux blancs: _____ %	Pointes Dimension: _____ cm Ton et reflets: _____ Cheveux blancs: _____ %