



# Formulaire de coiffure

Service optionnel

## Informations sur le résident ou la résidente

---

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

No de chambre : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Condition particulière :    Marchette     Fauteuil roulant     Autre \_\_\_\_\_

## Informations sur le ou la mandataire

---

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Services offerts	Tarif	Fréquence		
* Coupe	24.00\$	6 semaines <input type="checkbox"/>	8 semaines <input type="checkbox"/>	Autre _____
* Mise en plis	22.00\$	1 x semaine <input type="checkbox"/>	2 semaines <input type="checkbox"/>	Autre _____
* Coupe & mise en plis	40.00\$	6 semaines <input type="checkbox"/>	8 semaines <input type="checkbox"/>	Autre _____
* Coloration + coupe & mise en plis	70.00\$	6 semaines <input type="checkbox"/>	8 semaines <input type="checkbox"/>	Autre _____
* Permanente sans ammoniaque	60.00\$	4 mois <input type="checkbox"/>	6 mois <input type="checkbox"/>	Autre _____
* Mèches	35.00\$	4 mois <input type="checkbox"/>	6 mois <input type="checkbox"/>	Autre _____
* Coupe pour homme	18.00\$	6 semaines <input type="checkbox"/>	8 semaines <input type="checkbox"/>	Autre _____
* Rasage de cheveux ou couronne	16.00\$	6 semaines <input type="checkbox"/>	8 semaines <input type="checkbox"/>	Autre _____

## **Mode de paiement**

---

Vous recevrez votre facture mensuelle par courriel. Cette facture est payable par chèque.

Le pourboire est à votre discrétion.

Les services sont déductibles d'impôts pour les personnes âgées de 70 ans et +. Conservez vos factures car aucun reçu ne sera émis en fin d'année.

## **Note**

---

Le résident ou la résidente sera stimulé et motivé à venir au salon de coiffure. En aucun cas il ne sera amené contre son gré. La coiffeuse se réserve le droit de ne pas prodiguer un service si elle juge que le résident ou la résidente est inapte à le recevoir.

Vous pouvez en tout temps accompagner votre proche lors de son rendez-vous au salon de coiffure.

## **Autorisation**

---

Je désire par la présente que mon proche bénéficie des services de coiffure à la résidence Les Jardins de Montarville selon les conditions mentionnés dans ce formulaire.

J'autorise à débiter les services en date du : \_\_\_\_\_ .

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_