

VOTRE IDENTITE

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Adresse :

Code Postal:

Ville :

Pays :

Mail :

Téléphone :

VOTRE SOCIETE

Nom et raison sociale :

Site web :

Adresse :

Code Postale :

Ville :

Pays :

Mail :

Téléphone :

Marques avec lesquelles vous travaillez :

Quelles techniques de soin pratiquez-vous ?

Merci de nous envoyer en pièces jointes, photos de votre institut et de vos pièces de soin.

8 Place de la Madeleine

Tel: 0142605880

Site web: joelle-ciocco.com

JOËLLE CIOCCO

PARIS

FORMATION SOUHAITEE

PARCOURS 1	PARCOURS 2
Epidermologie® Sculpture Buccal	Sculpture Buccal

PRESENTATION ET MOTIVATION

8 Place de la Madeleine
Tel: 0142605880
Site web: joelle-ciocco.com

EPIDERMOLOGUE®