

Cocher le nom du diplôme

☐ **CAP**

☐ **MC**

☐ **BP**

☐ **BCP**

☐ **BTS**

**Attestation à renseigner par le modèle et à
présenter le jour de l'épreuve par le candidat**

Centre d'examen :

Date :

N° du candidat :

Nom du candidat :

Nom du modèle :

☐ Je reconnais être informé(e) des risques possibles de réactions allergiques pouvant survenir suite à l'application d'un produit de coloration capillaire.

☐ J'accepte d'être modèle pour cette épreuve d'examen.

☐ Je dégage le centre d'examen et les membres du jury de toute responsabilité quant à la prestation de coiffure effectuée ce jour.

Signature du modèle :