

1

LOTION NETTOYANTE DÉMAQUILLANTE

Élimine les impuretés et le maquillage. - 200 ml



GOMMAGE VISAGE

Gommage doux. Élimine et stimule tout en apportant tonus et vitalité. - 50 ml

MASQUE VISAGE

Nourrit la peau.
Apporte un effet mattifiant.
- 50 ml



2

CONTOUR DES YEUX

Riche en antioxydants et
caféine. - 15 ml

SÉRUM VISAGE

Nourrit la peau. Contient de
l'huile de Tea Tree et de
Géranium. - 30ml

CRÈME JOUR/NUIT

Nourrit la peau.
Apporte un effet mattifiant.
- 50 ml





Soins à l'huile d'Argan BIO

LOTION NETTOYANTE 200ml 29,00 €

GOMMAGE 50ml 29,00 €

MASQUE 50ml 35,00 €

CONTOUR DES YEUX 15ml 29,00 €

SÉRUM 30ml 39,00 €

CRÈME DE JOUR 50ml 35,00 €

CRÈME DE NUIT 50ml 35,00 €

ONIKHA
soins



QUESTIONNAIRE SOIN DU VISAGE

H/F / ___ / NOM : _____ Date : _____

Age : ___ / - Type de peau : ___ / - Couleur de cheveux : ___ / Courts / ___ / Longs / ___ / Mi-longs / ___

A] ACTIONS DE SOIN

- | | Oui | Non |
|---|----------------------------|----------------------------|
| ↪□ 1. CONNAISSEZ-VOUS VOTRE TYPE DE PEAU ? | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| ↪□ 2. VOTRE PEAU PRÉSENTE-T-ELLE QUELQUES PETITES IMPERFECTIONS ? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| ↪□ 3. UTILISEZ-VOUS CHAQUE MATIN UNE CRÈME DE JOUR ? | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| ↪□ 4. UTILISEZ-VOUS SOIR UNE CRÈME DE NUIT ? | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| ↪□ 5. VOUS NETTOYEZ-VOUS LE VISAGE MATIN ET SOIR ? | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| ↪□ 6. EST-CE QUE VOUS LAVEZ VOTRE VISAGE AU SAVON ? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| ↪□ 7. FAITES-VOUS UN MASQUE 1 FOIS/SEMAINE ? | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| ↪□ 8. FAITES-VOUS UN GOMMAGE 1 FOIS/SEMAINE ? | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| ↪□ 9. LORSQUE VOUS VOUS MAQUILLEZ, VOUS DÉMAQUILLEZ-VOUS LE SOIR MÊME ? | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| ↪□ 10. UTILISEZ-VOUS DES SOINS CIBLÉS POUR LES ZONES FRAGILES DE VOTRE VISAGE ? | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |

Votre Score A est de : ___ sur 10 points. Vous êtes dans le / ___ / Vert 7/10 -- / ___ / Orange 4/6 -- / ___ / Rouge 1/3

B] COMPORTEMENTS

- | | Oui | Non |
|--|----------------------------|----------------------------|
| ↪□ 1. EST-CE QUE VOUS FUMEZ ? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| ↪□ 2. VOUS EXPOSEZ-VOUS AU SOLEIL (MER OU MONTAGNE) ? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| ↪□ 3. VOTRE VISAGE MANQUE-T-IL PARFOIS D'ÉCLAT ? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| ↪□ 4. CONNAISSEZ-VOUS LE "TRUC" POUR AVOIR LA PEAU DÉTENDUE AU RÉVEIL ? | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| ↪□ 5. REMARQUEZ-VOUS LA FORMATION DE PETITES RIDES SUR LE CONTOUR DES YEUX ? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| ↪□ 6. VOTRE VISAGE EST-IL SENSIBILISÉ PAR LE FROID OU PAR LE CHAUD ? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| ↪□ 7. AVEZ-VOUS PARFOIS DES RÉACTIONS ALLERGIQUES AVEC DES PRODUITS DE SOIN ? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| ↪□ 8 EN CE MOMENT VOTRE PEAU EST-ELLE PLUS SENSIBLE QUE D'HABITUDE ? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| ↪□ 9. ÉPROUVEZ-VOUS DES DOULEURS ARTICULAIRES, INFLAMMATOIRES OU DES COURBATURES ? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| ↪□ 10. AVEZ-VOUS UNE MAUVAISE CIRCULATION SANGUINE, DES CRAMPES ? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |

Votre Score B est de : ___ sur 10 points. Vous êtes dans le / ___ / Vert 7/10 -- / ___ / Orange 4/6 -- / ___ / Rouge 1/3

C] LES SOINS DU VISAGE ET VOUS

- ↪□ 1. POUR QUELLES RAISONS SOIGNEZ-VOUS VOTRE VISAGE ?

- Pour mon plaisir personnel
- Pour cacher mes imperfections
- Pour travailler
- Pour plaire et séduire
- Pour sortir le soir
- Pour avoir bonne mine
- Autre réponse / _____

- ↪□ 2. A QUELLE FRÉQUENCE SOIGNEZ-VOUS VOTRE VISAGE ?

- Tous les jours ou presque
- 2 à 3 fois par semaine
- Quelques fois par mois
- Plus occasionnellement

- ↪□ 3. COMBIEN DE TEMPS CONSACREZ-VOUS AU SOIN DE VOTRE VISAGE ?

- De 5 à 10 minutes
- De 10 à 20 minutes
- De 20 à 30 minutes
- 30 minutes et plus

QUESTIONNAIRE SOIN DU VISAGE (Suite)

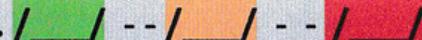
D] QUELS PRODUITS DE SOINS UTILISEZ-VOUS

Nettoyant	<input type="checkbox"/> / _____	Fréquence Gommage	<input type="checkbox"/> / _____
Masque	<input type="checkbox"/> / _____	Fréquence Lait	<input type="checkbox"/> / _____
Gommage	<input type="checkbox"/> / _____	Urticaire	<input type="checkbox"/> / _____
Crème de Jour	<input type="checkbox"/> / _____	Irritation de la peau	<input type="checkbox"/> / _____
Crème de Nuit	<input type="checkbox"/> / _____	Mains sèches	<input type="checkbox"/> / _____
Gel Contour Yeux	<input type="checkbox"/> / _____	Pieds secs	<input type="checkbox"/> / _____
Soin revitalisant	<input type="checkbox"/> / _____	Lèvres sèches	<input type="checkbox"/> / _____
	<input type="checkbox"/> / _____	-----Particularité de la peau-----	
	<input type="checkbox"/> / _____	<input type="checkbox"/> Peau déshydratée	<input type="checkbox"/> Relâchée
	<input type="checkbox"/> / _____	<input type="checkbox"/> Sensible	<input type="checkbox"/> Réactive
	<input type="checkbox"/> / _____	<input type="checkbox"/> Mature	<input type="checkbox"/> acnéique
	<input type="checkbox"/> / _____	<input type="checkbox"/> Taches	<input type="checkbox"/> Poches
	<input type="checkbox"/> / _____	<input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/> _____

Autre(s), précisez : / _____ /

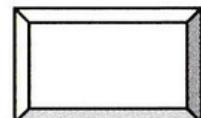
RÉCAPITULATIF

A ACTIONS DE SOINS

Votre Score A est de : _____ sur 10 points. /  /

B COMPORTEMENT

Votre Score B est de : _____ sur 10 points. /  /

SCORE GLOBAL **A** _____ + **B** _____ =  /20

/  / Vert (+de 13) - /  /-Orange 8/13 - /  / Rouge (- de 8)

Votre êtes : Experte Confirmée Débutante en Soins du Visage

QUESTIONNAIRE STYLE DE VIE

F] STYLE DE VIE

Activité Professionnelle 1=Jamais; 2=rarement; 3=quelquefois, 4=souvent; 5=toujours

Si vous êtes sans activité, inutile de répondre à ces 5 questions

- | | |
|---|-----------------|
| 1. Êtes-vous reconnu à votre juste valeur pour le travail que vous faites ? | [1][2][3][4][5] |
| 2. Les relations avec vos collègues, votre patron, vous satisfont-elles ? | [1][2][3][4][5] |
| 3. Votre activité actuelle vous permet-elle de vous épanouir vraiment ? | [1][2][3][4][5] |
| 4. Vous voyez-vous encore au même poste dans 5 ans ? | [1][2][3][4][5] |
| 5. Votre salaire est-il proportionnel au travail que vous fournissez ? | [1][2][3][4][5] |

Score Activité / ____ / / 25

Style de Vie

1=Jamais; 2=rarement; 3=quelquefois, 4=souvent; 5=toujours

- | | |
|--|-----------------|
| 1. Trouvez-vous un équilibre harmonieux entre vie professionnelle et familiale ? | [1][2][3][4][5] |
| 2. Votre activité actuelle est-elle quelquefois ennuyeuse ? | [1][2][3][4][5] |
| 3. Votre style de vie vous satisfait-il vraiment ? | [1][2][3][4][5] |
| 4. Votre vie sociale est-elle satisfaisante et suffisante pour vous ? | [1][2][3][4][5] |
| 5. Avez-vous assez de temps à vous pour faire ce que vous aimez faire ? | [1][2][3][4][5] |
| 6. Allez-vous en vacances chaque année ? | [1][2][3][4][5] |
| 7. L'endroit où vous vivez vous convient-il vraiment ? | [1][2][3][4][5] |

Score Style de Vie / ____ / / 35

Situation Financière

1=Jamais; 2=rarement; 3=quelquefois, 4=souvent; 5=toujours

- | | |
|--|-----------------|
| 1. Vos revenus vous permettent-ils de boucler les fins de mois sans souci ? | [1][2][3][4][5] |
| 2. Mettez-vous chaque mois de l'argent de côté ? | [1][2][3][4][5] |
| 3. Gagnez-vous assez pour faire des investissements financiers ? | [1][2][3][4][5] |
| 4. Êtes-vous financièrement à l'abri pour les 10 prochaines années ? | [1][2][3][4][5] |
| 5. Votre retraite sera-t-elle suffisante pour le style de vie que vous souhaitez ? | [1][2][3][4][5] |

Score Financier / ____ / / 25

Total Score / ____ /

SCORE SANS ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

Votre Score F = : ____ / 60 points, vous êtes dans le / ____ / Vert (+ de 41) / ____ / Orange 40/21-- / ____ / Rouge (- de 20)

OU

SCORE AVEC ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

Votre Score F = : ____ / 85 points, vous êtes dans le / ____ / Vert (+ de 58)-/ ____ / Orange 57/29-- / ____ / Rouge (- de 28)

"Aimeriez-vous savoir comment améliorer ..."

La satisfaction dans le travail ? Oui / / Non / /

La satisfaction dans le Style de Vie ? Oui / / Non / /

La satisfaction dans les finances ? Oui / / Non / /

FICHE DE RÉFÉRENCES

CADEAU POUR LES GENS QUE VOUS APPRÉCIEZ

Nom/Prénom : _____ Bilan M S

VOUS AUSSI, VOUS POUVEZ PRÉSENTER DES GENS QUE VOUS APPRÉCIEZ.
POUR QU'ILS REÇOIVENT LE MÊME CADEAU QUE VOUS.

1. Nom : _____ Prénom : _____

Tél : _____ Portable _____

Réf : Maquillage. Parfums. Soin Business

2. Nom : _____ Prénom : _____

Tél : _____ Portable _____

Réf : Maquillage. Parfums. Soin Business

3 Nom : _____ Prénom : _____

Tél : _____ Portable _____

Réf : Maquillage. Parfums. Soin Business

4. Nom : _____ Prénom : _____

Tél : _____ Portable _____

Réf : Maquillage. Parfums. Soin Business

5. Nom : _____ Prénom : _____

Tél : _____ Portable _____

Réf : Maquillage. Parfums. Soin Business