

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
<input type="checkbox"/> 1. CONNAISSEZ-VOUS VOTRE TYPE DE PEAU ?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2. VOTRE PEAU PRÉSENTE-T-ELLE QUELQUES PETITES IMPERFECTIONS ?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3. UTILISEZ-VOUS CHAQUE MATIN UNE CRÈME DE JOUR ?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4. UTILISEZ-VOUS SOIR UNE CRÈME DE NUIT ?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5. VOUS NETTOYEZ-VOUS LE VISAGE MATIN ET SOIR ?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6. EST-CE QUE VOUS LAVEZ VOTRE VISAGE AU SAVON ?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 7. FAITES-VOUS UN MASQUE 1 FOIS/SEMAINE ?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 8. FAITES-VOUS UN GOMMAGE 1 FOIS/SEMAINE ?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 9. LORSQUE VOUS VOUS MAQUILLEZ, VOUS DÉMAQUILLEZ-VOUS LE SOIR MÊME ?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<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
<input type="checkbox"/> 1. EST-CE QUE VOUS FUMEZ ?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2. VOUS EXPOSEZ-VOUS AU SOLEIL (MER OU MONTAGNE) ?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3. VOTRE VISAGE MANQUE-T-IL PARFOIS D'ÉCLAT ?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4. CONNAISSEZ-VOUS LE "TRUC" POUR AVOIR LA PEAU DÉTENDUE AU RÉVEIL ?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5. REMARQUEZ-VOUS LA FORMATION DE PETITES RIDES SUR LE CONTOUR DES YEUX ?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6. VOTRE VISAGE EST-IL SENSIBILISÉ PAR LE FROID OU PAR LE CHAUD ?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 7. AVEZ-VOUS PARFOIS DES RÉACTIONS ALLERGIQUES AVEC DES PRODUITS DE SOIN ?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 8. EN CE MOMENT VOTRE PEAU EST-ELLE PLUS SENSIBLE QUE D'HABITUDE ?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 9. ÉPROUVEZ-VOUS DES DOULEURS ARTICULAIRES, INFLAMMATOIRES OU DES COURBATURES ?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<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 ☐ / _____ /
 Masque ☐ / _____ /
 Gommage ☐ / _____ /
 Crème de Jour ☐ / _____ /
 Crème de Nuit ☐ / _____ /
 Gel Contour Yeux ☐ / _____ /
 Soin revitalisant ☐ / _____ /
 _____ ☐ / _____ /
 _____ ☐ / _____ /
 _____ ☐ / _____ /
 _____ ☐ / _____ /
 _____ ☐ / _____ /
 _____ ☐ / _____ /

Fréquence Gommage ☐ / _____ /
 Fréquence Lait ☐ / _____ /
 Urticaire ☐ / _____ /
 Irritation de la peau ☐ / _____ /
 Mains sèches ☐ / _____ /
 Pieds secs ☐ / _____ /
 Lèvres sèches ☐ / _____ /

-----Particularité de la peau-----

☐ Peau déshydratée ☐ Relâchée
☐ Sensible ☐ Réactive ☐ Rosacée
☐ Mature ☐ acnéique ☐ Cernes
☐ Taches ☐ Poches ☐ Eczéma
☐ Psoriasis ☐ _____

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