

1

PRÉPARER ÉTAPE 1

BASE DE TEINT

Prolonge la tenue du maquillage pour un teint parfait.

PRÉPARE LA PEAU / UNIFIE / MATIFIE

ANTI CERNES

Ajoute de la lumière au regard et camoufle les imperfections.

CORRIGE / CAMOUFLE / ILLUMINE

TEINT

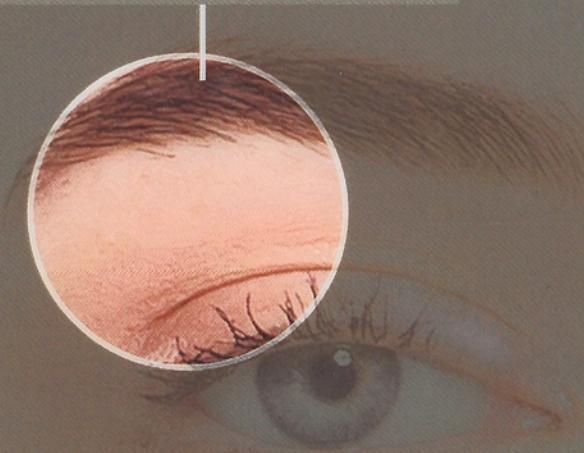
Couvrance modulable pour un teint éclatant et naturel.

UNIFIE / MATIFIE / DONNE DE L'ÉCLAT

3

OMBRE À PAUPIÈRES

Regard parfaitement maquillé.
Large choix de couleurs et textures.



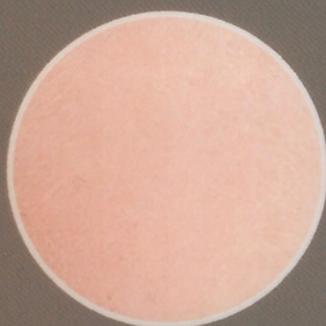
MASCARA

Intensifie le regard.
*ALLONGE, VOLUMISE,
RECOURBE*



CRAYON/EYELINER

Souligne et intensifie le regard.



SPRAY FIXANT

Fixe le maquillage.
Tenue parfaite toute la journée.



ROUGE À LÈVRES

Couvrance et précision.
Large gamme de
textures et couleurs.

SUBLIMÉ LA BOUCHE

CRAYON À LÈVRES

Assure la bonne tenue du
rouge à lèvres.

DESSINE LA BOUCHE

SUBLIMER
ÉTAPE 3

STRUCTURER

ÉTAPE 2

SOURCILS

Structure le regard, permet contrôle et précision.

COMBLE, MODÈLE ET COIFFE



BLUSH

Effet bonne mine immédiat.

*RÉHAUSSE LE TEINT,
DONNE DES COULEURS*



POUDRE

Sublime l'éclat de la peau et lisse le grain

MATIFIE, ILLUMINE



QUESTIONNAIRE MAQUILLAGE

H/F / ____ / NOM : _____ Date : _____

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

A] CONNAISSANCE DE SOI

- | | Oui | Non |
|---|----------------------------|----------------------------|
| ⇨ <input type="checkbox"/> 1. CONNAISSEZ-VOUS VOTRE TYPE DE PEAU ? | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| ⇨ <input type="checkbox"/> 2. APRÈS LAVAGE/DÉMAQUILLAGE DU VISAGE AVEZ-VOUS DES TIRAILLEMENTS SUR LES JOUES ? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| ⇨ <input type="checkbox"/> 3. LA PEAU DE VOTRE VISAGE PRÉSENTE-T-ELLE QUELQUES PETITES IMPERFECTIONS ? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| ⇨ <input type="checkbox"/> 4. AVEZ-VOUS DES ROUGEURS SUR LES JOUES ? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <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. VOUS EXPOSEZ-VOUS AU SOLEIL (MER OU MONTAGNE) ? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| ⇨ <input type="checkbox"/> 7. SAVEZ-VOUS COMMENT ÉCLAIRCIR VOTRE REGARD AVEC LE MAQUILLAGE ? | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| ⇨ <input type="checkbox"/> 8. SAVEZ-VOUS COMMENT UTILISER LE MAQUILLAGE POUR MODELER L'ASPECT DU VISAGE ? | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| ⇨ <input type="checkbox"/> 9. SAVEZ-VOUS COMMENT FIXER LE MAQUILLAGE ? | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| ⇨ <input type="checkbox"/> 10. OUBLIEZ- VOUS PARFOIS DE VOUS DÉMAQUILLER ? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |

Votre Score A est de : _____ sur 10 points. Vous êtes dans le / ____ / Vert 7/10--/ ____ / Orange 4/6--/ ____ / Rouge1/3

B] CONNAISSANCE DU MAQUILLAGE

- | | Oui | Non |
|--|----------------------------|----------------------------|
| ⇨ <input type="checkbox"/> 1. SAVEZ-VOUS COMMENT CACHER UN BOUTON SUR LE VISAGE | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| ⇨ <input type="checkbox"/> 2. SAVEZ-VOUS COMMENT MODELER L'OVALE DE VOTRE VISAGE ? | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| ⇨ <input type="checkbox"/> 3. SAVEZ-VOUS COMMENT CAMOUFLER LES DÉFAUTS AVEC LE MAQUILLAGE ? | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| ⇨ <input type="checkbox"/> 4. SAVEZ-VOUS COMMENT MAQUILLER VOS YEUX SELON LEUR FORME ? | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| ⇨ <input type="checkbox"/> 5. SAVEZ-VOUS COMMENT CORRIGER UN NEZ LARGE, UN GRAND FRONT, UN DOUBLE MENTON ? | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| ⇨ <input type="checkbox"/> 6. SAVEZ- VOUS CHOISIR EXACTEMENT LA COULEUR DE VOTRE ANTI- CERNES ? | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| ⇨ <input type="checkbox"/> 7. SAVEZ-VOUS COMMENT OUVRIR LE REGARD AVEC L'OMBRE À PAUPIÈRES ? | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| ⇨ <input type="checkbox"/> 8. SAVEZ-VOUS COMMENT PARAITRE MOINS FATIGUÉE EN FAISANT UN COUP D'ÉCLAT ? | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| ⇨ <input type="checkbox"/> 9. EST-CE QUE VOUS DÉBORDEZ EN METTANT VOTRE ROUGE À LÈVRES ? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| ⇨ <input type="checkbox"/> 10. SAVEZ-VOUS COMMENT BIEN NETTOYER VOS PINCEAUX ? | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |

Votre Score B est de : _____ sur 10 points. Vous êtes dans le / ____ / Vert 7/10--/ ____ / Orange 4/6--/ ____ / Rouge1/3

C] LE MAQUILLAGE ET VOUS

- ⇨ 1. POUR QUELLES RAISONS VOUS MAQUILLEZ-VOUS ?

- 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 VOUS MAQUILLEZ-VOUS ?

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

- ⇨ 3. Combien de temps consacrez-vous à vous maquiller lorsque vous le faites ?

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

QUESTIONNAIRE MAQUILLAGE (Suite)

D) QUELS PRODUITS DE MAQUILLAGE UTILISEZ-VOUS

Nettoyant	<input type="checkbox"/> / _____ /	Rouge à lèvres Gloss	<input type="checkbox"/> / _____ /
Base de teint	<input type="checkbox"/> / _____ /	R à lèvres applicateur	<input type="checkbox"/> / _____ /
Fond de teint	<input type="checkbox"/> / _____ /	Crayon à lèvres	<input type="checkbox"/> / _____ /
Anticernes (Correcteur)	<input type="checkbox"/> / _____ /	Spray fixant	<input type="checkbox"/> / _____ /
Fard à joues (Blush)	<input type="checkbox"/> / _____ /	Masque	<input type="checkbox"/> / _____ /
Poudre	<input type="checkbox"/> / _____ /	Gommage	<input type="checkbox"/> / _____ /
Sourcils	<input type="checkbox"/> / _____ /	Tonique	<input type="checkbox"/> / _____ /
Ombres à paupières	<input type="checkbox"/> / _____ /	Gel contour des yeux	<input type="checkbox"/> / _____ /
Mascara	<input type="checkbox"/> / _____ /	Soins revitalisants	<input type="checkbox"/> / _____ /
Crayon noir	<input type="checkbox"/> / _____ /	Fard à paupières	<input type="checkbox"/> / _____ /
Liner	<input type="checkbox"/> / _____ /	BB crème	<input type="checkbox"/> / _____ /
Rouge à lèvres Bâton	<input type="checkbox"/> / _____ /	Vernis à ongles	<input type="checkbox"/> / _____ /

Autre(s), précisez : / _____ /

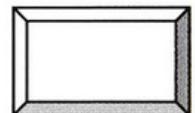
RÉCAPITULATIF

A CONNAISSANCE DE SOI

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

B CONNAISSANCE DU MAQUILLAGE

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 Maquillage

GNÍKHA

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