



## Relooking- Conseil en image- Coaching

Nom et Prénom de la client(e) : .....

Numéro de téléphone : .....

Date du CI ou du Relooking : ..... / ..... / 20 .....

### Soins du visage

- 1- Type de peau  Sèche  Grasse  Mature  Mixte (Zones) .....  
 Terne  Déshydratée  Sensible  allergique  acnéique  atypique
- 2- Que faites-vous comme soins ?  
Gommage  Oui  Non  
Masque  Oui  Non  
Lotion  Oui  Non  
Démaquillant  Oui  Non Si oui lequel ? .....  
Crème hydratante  Oui  Non  
Crème Contour des yeux  Oui  Non  
Crème antirides  Oui  Non

### Diagnostic du visage – Observation

- 1- **Ton de base**  Chaud  froid  
 Rose  Fuchsia  Pêche  Abricot
- 2- **Yeux**  Chaud  froid  
Ecartement  Ecartés  Eloignés  Proportionnés  
Œil  Enfoncés  Petits  Ronds  En amande  Matures  Tombants  Globuleux  Sans caract.
- 3- **Morphologie visage**  Ovale  Ovale long  Carré  Rectangulaire  Triangle Haut  Triangle Bas  
 Hexagonal  Rond
- 4- **Lèvres**  Fines  Épaisses  Tombantes  Irrégulières  Sans Caract.
- 5- **Nez**  Fin  Épaté  Sans Caract.  Autre .....

### Maquillage habituel



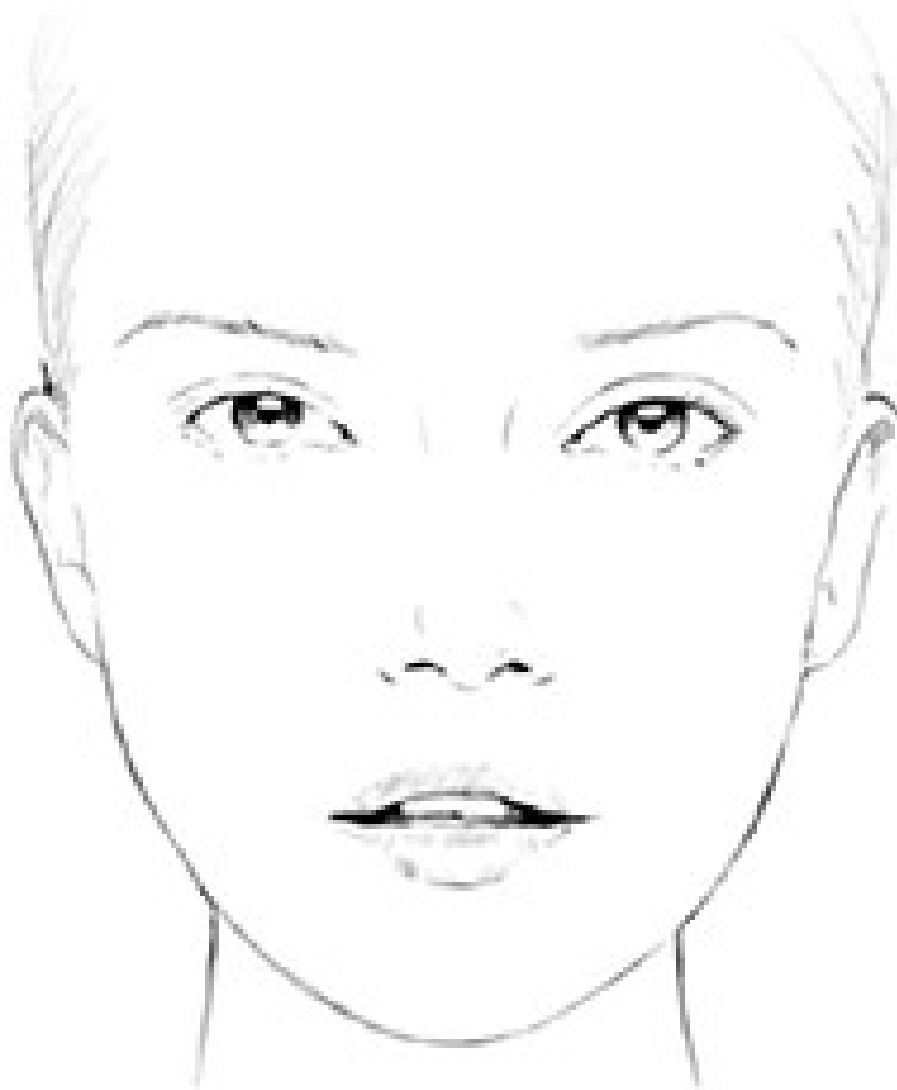
- Fond de teint  Oui  Non  
Poudre  Oui  Non  
Mascara  Oui  Non  
Ombres  Oui  Non  
Crayon Yeux  Oui  Non  
Rouge à lèvres  Oui  Non  
Crayon à lèvres  Oui  Non  
Contouring ou autre  Oui  Non

Eye-liner  Oui  Non

**Autres informations**

1- Que désirez-vous ? .....

**Maquillage effectué :**



**Soins :** .....

**Autre :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....