

À propos de vous Et votre peau

Date:

--	--	--

Nom:

Aidez-nous à mieux répondre à vos besoins.
Parlez-nous de votre peau.

COCHEZ ce qui vous préoccupe.

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| Rides et ridules | <input type="checkbox"/> | |
| Rougeurs | <input type="checkbox"/> | |
| Taches pigmentaires | <input type="checkbox"/> | |
| Contour des yeux
(poches, cernes, ridules) | <input type="checkbox"/> | |
| Imperfections cutanées
(Comédons, acné, ...) | <input type="checkbox"/> | Question de poids <input type="checkbox"/> |
| Teint, manque d'éclat | <input type="checkbox"/> | Jambes lourdes <input type="checkbox"/> |
| Inconfort | <input type="checkbox"/> | Cellulite <input type="checkbox"/> |
| Sensibilité | <input type="checkbox"/> | Prévision Voyage <input type="checkbox"/> |

Autre préoccupation :

Parlez-nous de vos habitudes
de soins à domicile.

Quels produits utilisez-vous?

Pour vous **démaquiller** et
nettoyer votre visage

Matin :

Soir :

Pour **hydrater** et protéger votre
peau durant le **jour**

Jour :

Pour **hydrater** et protéger votre
peau durant la **nuit**

Nuit :

Vos produits plus spécifiques

Exfoliant :

Masque :

Sérum :

Autre :
