

FICHE CANDIDAT

NOTE : /14 pts => note /7 pts

N° CANDIDAT :

OBSERVER		CONSEILLER /6 pts
<p><b>Étude générale du VISAGE</b> /3 pts</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>LE TEINT</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ROSE</li> <li><input type="checkbox"/> DORÉ</li> <li><input type="checkbox"/> JAUNE</li> <li><input type="checkbox"/> GRIS</li> <li><input type="checkbox"/> ROUGEURS</li> <li><input type="checkbox"/> CLAIR</li> <li><input type="checkbox"/> MOYEN</li> <li><input type="checkbox"/> MAT</li> <li><input type="checkbox"/> FONCÉ</li> </ul> </li> <li><b>LE TYPE DE PEAU :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> GRAS</li> <li><input type="checkbox"/> MIXTE</li> <li><input type="checkbox"/> DESHYDRATÉE</li> <li><input type="checkbox"/> ALIPIDIQUE</li> <li><input type="checkbox"/> SENESCENTE</li> </ul> </li> <li><b>FORME GÉNÉRALE DU VISAGE :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ROND</li> <li><input type="checkbox"/> OVAL</li> <li><input type="checkbox"/> LONG</li> <li><input type="checkbox"/> CARRÉ</li> <li><input type="checkbox"/> TRIANGULAIRE</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>FOND DE TEINT : /3 pts</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>TEXTURE :</b> ..... .....</li> <li><b>PRODUITS CORRECTIONS :</b> (2 au choix) ..... .....</li> </ul>
<p><b>Étude des YEUX</b> /1 pt</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>LA FORME DES YEUX :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> TOMBANTS</li> <li><input type="checkbox"/> BRIDÉS</li> <li><input type="checkbox"/> EN AMANDES</li> <li><input type="checkbox"/> PETITS</li> <li><input type="checkbox"/> GLOBULEUX</li> <li><input type="checkbox"/> AUTRES : .....</li> <li><input type="checkbox"/> RONDS</li> </ul> </li> <li><b>ÉCARTEMENT DES YEUX :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> RAPPROCHÉS</li> <li><input type="checkbox"/> ÉCARTÉS</li> <li><input type="checkbox"/> NORMAUX</li> </ul> </li> </ul>	

<p><b>Étude des SOURCILS</b> /2 pts</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>GALBE :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ÉPAIS</li> <li><input type="checkbox"/> NORMAL</li> <li><input type="checkbox"/> FIN</li> </ul> </li> <li><b>LIGNE :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ASCENDANTE</li> <li><input type="checkbox"/> LONGUE</li> <li><input type="checkbox"/> HORIZONTALE</li> <li><input type="checkbox"/> COURTE</li> <li><input type="checkbox"/> DESCENDANTE</li> <li><input type="checkbox"/> NORMALE</li> </ul> </li> <li><b>POINT DE DÉPART :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> RAPPROCHÉS</li> <li><input type="checkbox"/> ÉCARTÉS</li> <li><input type="checkbox"/> NORMAUX</li> </ul> </li> <li><b>POINT DE HAUTEUR :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> RAPPROCHÉS</li> <li><input type="checkbox"/> ÉCARTÉS</li> <li><input type="checkbox"/> NORMAUX</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>ÉPILATION ET/OU MAQUILLAGE /2 pts</b></p>
<p><b>Étude de la BOUCHE</b> /2 pts</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>ÉPAISSEUR DES LÈVRES :</b> <p><b>LÈVRE SUPÉRIEURE :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> FINE</li> <li><input type="checkbox"/> NORMALE</li> <li><input type="checkbox"/> ÉPAISSE</li> </ul> <p><b>LÈVRE INFÉRIEURE :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> FINE</li> <li><input type="checkbox"/> NORMALE</li> <li><input type="checkbox"/> ÉPAISSE</li> </ul> </li> <li><b>COMMISSURES DES LÈVRES :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> DROITES</li> <li><input type="checkbox"/> REMONTANTES</li> <li><input type="checkbox"/> DESCENDANTES</li> </ul> </li> <li><b>ARC DE CUPIDON :</b> (centre de la lèvre supérieure)                     <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> PLAT</li> <li><input type="checkbox"/> ROND</li> <li><input type="checkbox"/> POINTU</li> </ul> </li> <li><b>LONGEUR DE LA BOUCHE :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> PETITE</li> <li><input type="checkbox"/> GRANDE</li> <li><input type="checkbox"/> MOYENNE</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>CONSEIL MAQUILLAGE /1 pt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>COULEUR :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> CLAIRE</li> <li><input type="checkbox"/> VIVE</li> <li><input type="checkbox"/> FONCÉE</li> </ul> </li> <li><b>ÉCLAT :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> MAT</li> <li><input type="checkbox"/> BRILLANT</li> </ul> </li> </ul>

**FICHE CANDIDAT**

NOTE : /14 pts => note /7 pts

N° CANDIDAT :

EXAMEN VISUEL /4 pts		EXAMEN TACTILE /1 pt
<b>Observer :</b>	<b>Localiser :</b>	Indiquer ses caractéristiques :
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aspect brillant :</li> <li>- Aspect velouté, lisse</li> <li>- Rides :</li> <li>- Atonie :</li> <li>- Etat des orifices pilo-sébacés : =&gt; serrés =&gt; dilatés</li> <li>- Comédons :</li> <li>- Eruptions cutanées :</li> <li>- Imperfections ou anomalies :</li> </ul> <p>Préciser le type { =&gt; Vasculaires : =&gt; Pigmentaires : =&gt; Autres :</p>		<p><b>SYNTHÈSE : type de peau /2 pts</b></p> <p><b>SOINS EN CABINE : /1 pt</b> - Buts prioritaires d'action :</p>

**FICHE CONSEIL BEAUTÉ /6 pts**

Conseils	Produits (précisez la texture)	Actions attendues
- Démaquiller, Nettoyer - Gommer		
- Soins de jour		
- Soins de nuit		
- Soins spécifiques		
- Masque		

0,5 pt / conseil

0,5 pt / action attendue

**FICHE DE CONSEILS POUR LA CLIENTE /5 points**

N° CANDIDAT :

NOTE : /14 pts  
=> /7 pts

**FICHE D'OBSERVATION DE LA PEAU /9 points**

ANNEXE 1 bis

<b>EXAMEN GÉNÉRAL : /4 pts</b>	
- Aspect du teint :	
- Epaisseur :	
- Tonicité :	
- Hydratation :	
<b>PARTICULARITÉS : /2 pts</b>	<b>LOCALISATION : /1 pt</b>
- Anomalies vasculaires :	
- Anomalies pigmentaires :	
- Autres anomalies :	
- Plis et rides :	
- Sébacées :	
- Pilosité :	
<b>TYPE DE PEAU ET BUTS PRIORITAIRES D'ACTION : /2 pts</b>	

CONSEILS	PRODUITS /3 pts (Citer le type de produit)	FRÉQUENCE /2 pts
<b>1. Soins quotidiens :</b>		
• Nettoyer / démaquiller :	-	MATIN <input type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/>
• Tonifier :	-	MATIN <input type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/>
• Protéger :	-	MATIN <input type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/>
• Traiter :	-	MATIN <input type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/>
<b>2. Soins spécifiques :</b>		
• Gommage :	-	1 fois <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Semaine 2 fois <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mois 3 fois <input type="checkbox"/>
• Masque :	-	1 fois <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Semaine 2 fois <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mois 3 fois <input type="checkbox"/>
• Contour des yeux :	-	MATIN <input type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/>
• Ampoules / Sérums	-	MATIN <input type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/>
		Durée : -----

Groupement Interacadémique II		Session 2003	Code EP3-F1A	
Examen et spécialité <b>CAP ESTHÉTIQUE-COSMÉTIQUE</b>				
Intitulé de l'épreuve <b>EP3-VENTE CONSEIL</b>				
Type <b>FICHE</b>	Facultatif : date et heure	Durée 20 min - Fiche 10 min - Oral	Coefficient 2	N° de page / total F 1/1