



UN MASSEUR BIEN-ÊTRE NE DOIT PAS MASSER UNE PERSONNE MALADE OU SOUFFRANTE DE CERTAINS MAUX

Vos Nom, Prénoms & Courriel@ : \_\_\_\_\_

Date d'anniversaire : \_\_\_\_\_

N°Port. : \_\_\_\_\_

Lieu d'habitation (ville) \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

**Comment m'avez-vous trouvée :** \_\_\_\_\_

***Avez-vous un problème, une allergie ou **un traitement**, pour les points suivants :***

Le dos : hernie discale, lumbago, sciatique, scoliose, ...: \_\_\_\_\_

La peau : \_\_\_\_\_

Trouble Musculo-Squelettique (TMS) : arthrose, arthrite, tendinite, Syndrome du canal carpien, Syndrome De Quervain... : \_\_\_\_\_

Blessures, fractures : \_\_\_\_\_

Varices, phlébite : \_\_\_\_\_

Grossesse : si oui, date de début : \_\_\_\_\_

- ***Y-aurait-il autre chose que je devrais savoir :*** (ex. : Maladie génétique, Allergie (par rapport aux huiles il est important de savoir si vous avez certaines allergies).....

***Si vous avez le moindre doute, n'hésitez pas à contacter votre médecin généraliste pour savoir si vous pouvez bénéficier de mes prestations.***

**Ce questionnaire est strictement confidentiel et sera conservé dans votre dossier.**

- *J'atteste qu'une liste des contre- indications m'a été remise.*

Date: \_ \_/ \_ \_/ 2019

Signature: \_\_\_\_\_