



QUESTIONNAIRE DE SANTE

Étant donné que les massages peuvent présenter des contre-indications, par mesure de sécurité, veuillez remplir ce questionnaire de santé. Cela permettra de mieux comprendre l'état actuel de votre corps et votre santé en général.

Avez-vous des problèmes de santé tels que des troubles circulatoires, digestifs, du transit, des migraines, etc. ?

OUI NON

Si oui, lesquels ?

Avez-vous subi une blessure ou une opération au cours des 6 derniers mois ?

OUI NON

Si oui, lesquelles ?

Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ?

OUI NON

Si oui, depuis combien de mois ?

Contre-indications :

fièvre varices thrombose ou embolie hernie maladies cardiaques

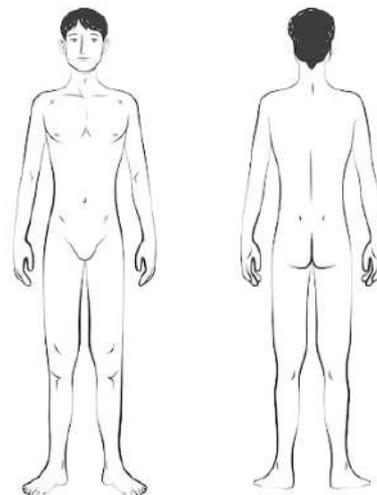
fracture cancer problème de peau / allergies, veuillez préciser :

Suivez-vous un traitement médical ?

OUI NON

Si oui, lequel ?

Si vous ressentez des douleurs, des tensions physiques, veuillez les localiser sur le schéma



Je certifie l'exactitude des informations fournies.

J'accepte les risques et je prends la responsabilité en cas d'incident ou de blessure.

Lieu et date

Nom/Prénom :

Signature