



Cette fiche client sert à informer le massothérapeute de votre condition physique afin d'optimiser votre soin. Toutes les informations recueillies demeureront strictement confidentielles. Bon soin!

Identification

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ Code postal : _____
Téléphone : _____ Cellulaire : _____
Courriel : _____ Date de naissance : JJ / MM / AA

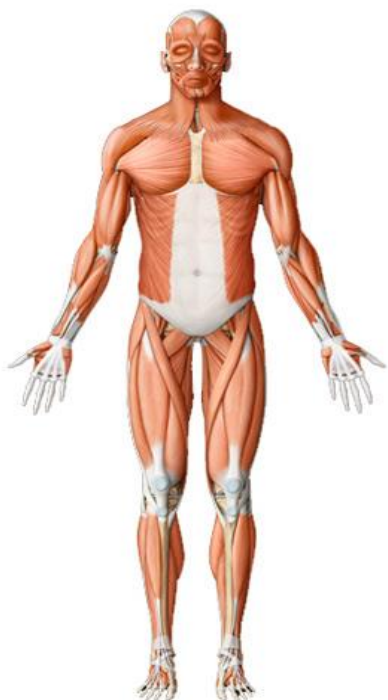
Parlez-nous de vous et de votre santé...

Occupation : _____ Sport : _____
Loisir : _____ Allergie : _____
Chirurgie : _____ Blessure grave : _____
Cancer : _____ Chiro / Physio : Fréquence? _____
Varice : _____ Phlébite : _____
Grossesse : _____ Pré/Post/Ménopause : _____
Médication Oui Non Si oui, précisez : _____

Intolérance à certaines odeurs : _____

Veillez indiquer tout problème de santé non mentionné ci-haut.

Veillez encadrer les zones qui vous causent de la douleur et encercler les zones que vous aimez le plus vous faire masser.



Politique de respect mutuel

Afin de préserver un environnement de confiance et de relaxation, le respect du client ainsi que du massothérapeute est exigé. Aucun manque de respect ni déviation du cadre professionnel ne sera toléré.

Déclaration de responsabilité

Je déclare que tous les renseignements fournis dans cette fiche client sont véridiques et que j'ai avisé mon massothérapeute de toute condition physique, psychologique, émotionnelle et/ou mentale pouvant être une source de contre-indication au soin. Je suis conscient que le massothérapeute ne peut être tenu responsable en cas d'informations erronées ou d'omissions.

Merci, bonne détente!

Signature du client : _____

Date : _____

Signature du massothérapeute: _____

Date : _____