



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!

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

Parlez-nous de vous ...

Quelle est votre occupation?

Quels sports et loisirs pratiquez-vous?

Avez-vous déjà reçu un massage? Oui Non

Quel degré de pression aimez-vous? Légère Moyenne Forte

Parlez-nous de votre santé ...

Comment est votre sommeil? Réparateur Profond Léger Agité

Avez-vous des allergies? Précisez : _____

Avez-vous des intolérances olfactives? Si oui, à quelle(s) odeur(s)?

Avez-vous subi une chirurgie ou une blessure grave dans les six dernières semaines? Les 6 derniers mois? Préciser : _____

Prenez-vous des médicaments? Si oui, pour quelles raisons? _____

Veillez cocher si vous êtes affectés par l'un des états mentionnés suivants :

Ostéo-articulaire :

- | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Tendinite | <input type="checkbox"/> Bursite | <input type="checkbox"/> Fracture |
| <input type="checkbox"/> Arthrite | <input type="checkbox"/> Hernie | <input type="checkbox"/> Ostéoporose | <input type="checkbox"/> Autre |

Préciser : _____

Circulatoire:

- | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Hémophilie | <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque | <input type="checkbox"/> Varice |
| <input type="checkbox"/> Hypotension | <input type="checkbox"/> Phlébite | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Autre : |

Préciser : _____

Digestif :

- | | | | |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Ulcère | <input type="checkbox"/> Reflux gastrique |
| <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn | <input type="checkbox"/> Hépatite | <input type="checkbox"/> Autre : | |

Préciser : _____

Nerveux :

- | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mal de tête | <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Dépression |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Autre : | |

Préciser : _____

Respiratoire :

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Bronchite | <input type="checkbox"/> Grippe | <input type="checkbox"/> Emphysème |
| <input type="checkbox"/> Rhume | <input type="checkbox"/> Autre : | | |

Préciser : _____

Immunitaire :

- | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Hépatite | <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> ITSS |
| <input type="checkbox"/> Maladies | <input type="checkbox"/> Autre : | | |

Préciser : _____

Tégumentaire :

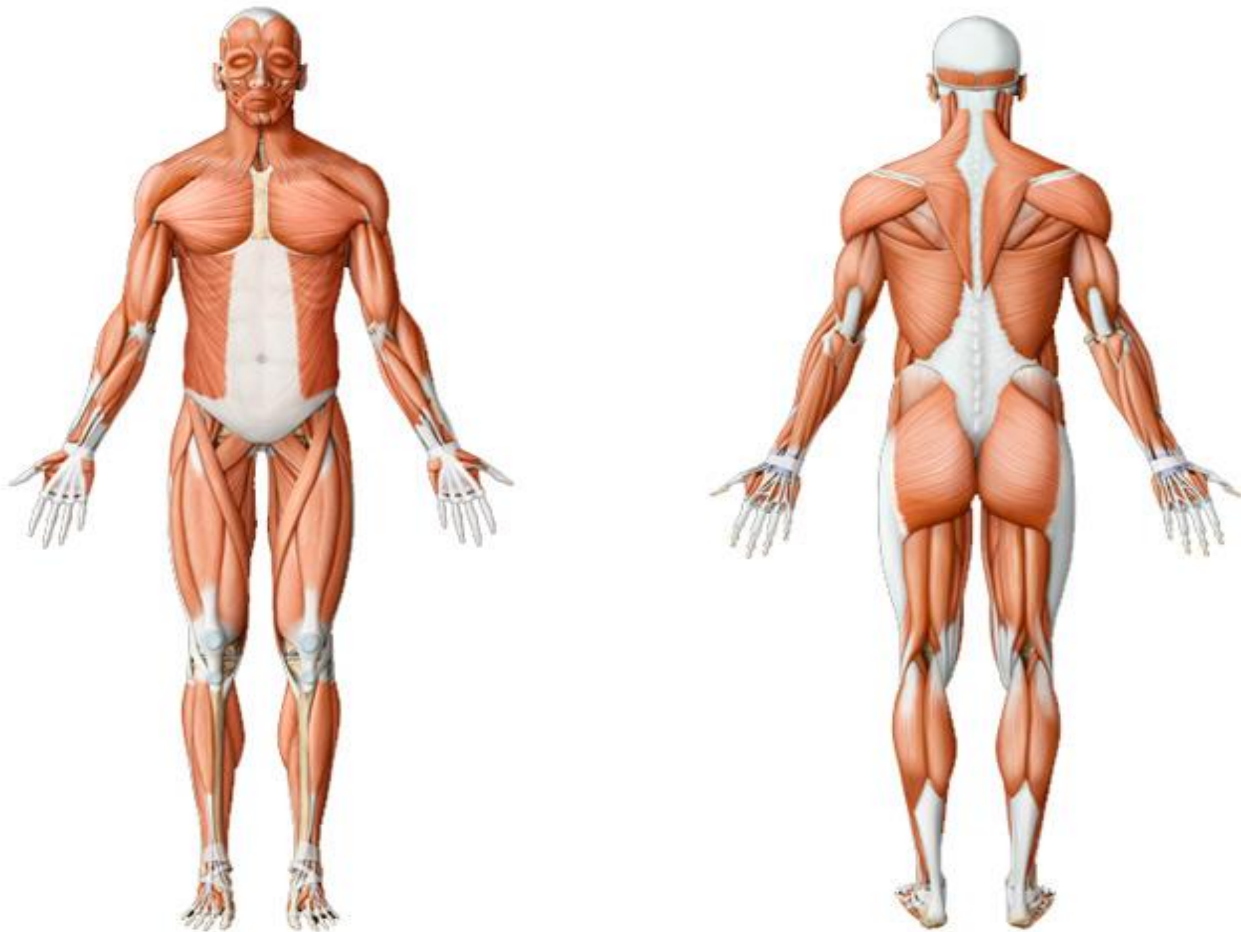
- | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acné | <input type="checkbox"/> Eczéma | <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Urticaire |
| <input type="checkbox"/> Verrue | <input type="checkbox"/> Zona | <input type="checkbox"/> Plaie : | <input type="checkbox"/> Autre : |

Préciser : _____

En fonction de votre état de santé, le soin de massage peut varier ou être contre-indiqué. Veuillez cocher si vous vivez l'une ou l'autre des situations suivantes.

- Vous consultez un professionnel de la santé (chiropraticien, physiothérapeute, autre).
- Vous êtes une femme enceinte, en période menstruelle, allaitante ou ménopausée.
- Vous avez un diagnostic de cancer.
- Vous vivez avec des troubles cardiaques.

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



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

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 : _____