

# Formulaire d'inscription

Nom:		Prénom:	
Rue:		Ajout de rue	
Code Postal:		Ville:	
Téléphone privé:		Mobile:	
eMail:		Date de naissance:	
Votre médecin de famille		Téléphone de votremédecin de famille :	

Rencontrez-vous actuellement des problèmes physiques ou psychologiques?  Oui  Non

Si oui, lequel? \_\_\_\_\_

Recevez-vous actuellement un traitement médical?  Oui  Non

Si oui, pourquoi? \_\_\_\_\_

Prenez-vous actuellement des médicaments?  Oui  Non

Si oui, lequel? \_\_\_\_\_

Avez-vous des allergies?  Oui  Non

Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_

Avez-vous récemment subi une opération?  Oui  Non

Si oui, où? \_\_\_\_\_

Comment évaluez-vous votre santé?  Bien  Modéré  Mauvais

Avez-vous mal maintenant?  Oui  Non

Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_

Comment ressentez-vous le froid ou la chaleur?  Normale  Perturbé

Vous souffrez d'une mobilité réduite ?  Oui  Non

Si oui, où, lesquels? \_\_\_\_\_



# Formulaire d'inscription

Comment votre sommeil est-il?

Bien  Médiocre  Mauvais  Étrange

Si pas bon, quelle en est la cause, selon vous?

---

Êtes-vous actuellement enceinte?  Oui  Non Quelle semaine? \_\_\_\_ En train d'allaiter?  Oui  Non

## **Pour nous-mêmes:**

Comment avez-vous entendu parler de nous?  AdWords publicité  Recommandation  Moteur de recherche

Si ce n'est pas AdWords, veuillez préciser: \_\_\_\_\_

Qu'attendez-vous de ce massage? \_\_\_\_\_

## **Accord client:**

C'est mon choix de recevoir une massothérapie. Je suis conscient des bienfaits et des risques du massage et donne mon accord en signant.

Je comprends qu'aucune garantie implicite ne peut être donnée quant au succès ou à l'efficacité de tout massage ou série de massages. Je confirme que cette massothérapie ne remplace pas des soins médicaux, un examen médical ou un diagnostic.

J'ai informé mon thérapeute de toutes les maladies dont j'ai connaissance et m'engage à l'informer immédiatement de tout changement dans mon état de santé avant le prochain massage.

---

Ville

Date

Signature