

## Renseignements personnels :

Nom \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Expérience de massage, type, nb de fois, dernière fois ? \_\_\_\_\_

Problèmes de peau ? Avez-vous un traitement ? \_\_\_\_\_

Problèmes musculosquelettiques : arthrose, arthrite, tendinite, bursite. \_\_\_\_\_

Cancer : (où et quand ?) Êtes-vous encore sous traitement ? \_\_\_\_\_

Problèmes cardio-vasculaires ? Angine de poitrine, arythmie, migraine vasculaire, infarctus, AVC (quand ?) \_\_\_\_\_

Varices, phlébites (où et quand ?) \_\_\_\_\_

Problèmes digestifs ? Lesquels ? \_\_\_\_\_

Avez-vous des allergies ? \_\_\_\_\_

Grossesse ? \_\_\_\_\_

Stresse : comment se manifeste-t-il en vous habituellement ? Douleur, migraine ? \_\_\_\_\_

Y-a-t-il autre chose que je devrai savoir, avant de procéder au massage ? \_\_\_\_\_

Si vous avez un doute, consultez votre médecin généraliste pour savoir si vous pouvez bénéficier de mes services et sous quelles conditions.

Je suis tenue par le secret professionnel.