

Cette fiche de renseignements à pour objectif de cibler vos besoins durant le massage. Il est important d'y répondre avec attention afin que je m'adapte au maximum à vos attentes.

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Code Postal: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

☎: \_\_\_\_\_ 📧: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- Pratiquez-vous une ou des activité(s) sportive(s)? Oui / Non

Si oui la ou les quelle(s): \_\_\_\_\_

- Avez-vous déjà reçu un ou des massage(s)? Oui / Non

Si oui le ou les quel(s):

- Suédois                      - Californien                      - Amma Assis                      - Abhyanga (Indien)

- Pierres chaudes                      - Thaï                      - Lomi Lomi (Hawaïen)                      - Je ne sais pas

- Autre: \_\_\_\_\_

Qu'avez-vous le plus aimé pendant le massage ?

\_\_\_\_\_

Qu'avez-vous le moins aimé pendant le massage ?

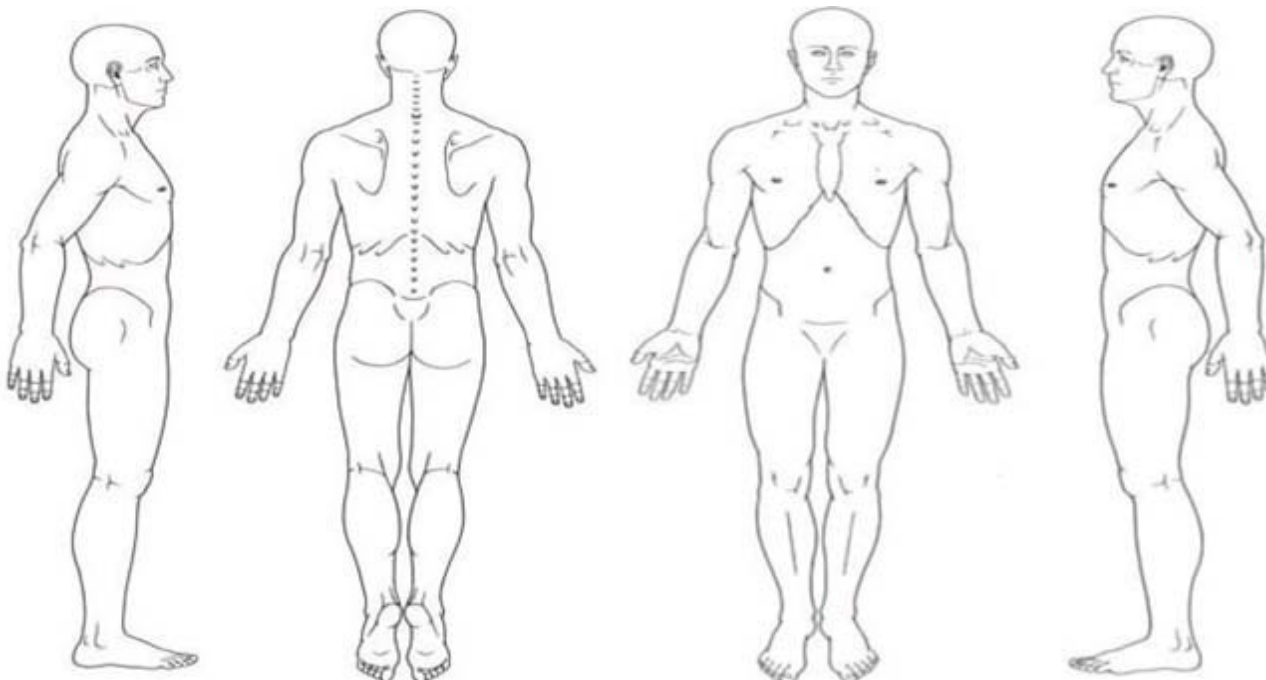
\_\_\_\_\_

Qu'attendez-vous du massage? Aimez-vous la pression plus ou moins forte ?

\_\_\_\_\_

Partie(s) du corps à accentuer ou à éviter pendant le massage ? Douleurs Particulières ?

\_\_\_\_\_



- Êtes-vous enceinte? Oui / Non
- Avez-vous des problèmes de peau ? Oui / Non

Si oui le ou les quel(s): \_\_\_\_\_

- Avez-vous des problèmes de circulation sanguine ? Oui / Non
- Avez-vous eu un cancer ? Oui / Non
- Êtes-vous sous traitement médicamenteux ? Oui / Non
- Êtes-vous allergique à une huile ou autre chose ? Oui / Non

Si oui la ou les quelle(s): \_\_\_\_\_

- Avez-vous subi une ou des intervention(s) chirurgicale(s) de moins de 3 mois? Oui / Non

Si oui la ou les quelle(s): \_\_\_\_\_

- 
- Comment avez-vous entendu parler de moi?

- Site internet

- Publicité

- Bouche à Oreilles

- Si une personne vous a conseillé, pouvez-vous m'indiquer son nom? \_\_\_\_\_

Après avoir pris connaissance de ce questionnaire, je certifie que tous les renseignements donnés sont exacts et complets. Ce questionnaire est strictement confidentiel.

Fait à: \_\_\_\_\_ Le: \_\_\_\_\_

Signature: