

# FICHE CLIENT



## VOS COORDONNEES

- Nom et Prénom : \_\_\_\_\_
- Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Date de naissance : \_\_\_\_\_
- Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_
- Adresse mail : \_\_\_\_\_

## VOS PREFERENCES

- Avez-vous déjà reçu un massage ?  OUI  NON
- Quelles sont vos préférences  
\_\_\_\_\_
- Y-a-t-il des zones du corps à ne pas masser  OUI  NON  
Si OUI lesquelles ? \_\_\_\_\_

## ESPACE SANTE

- Avez-vous des problèmes de circulation ?  
 OUI  
 NON
- Avez-vous déjà eu une thrombose ?  
 OUI  
 NON  
Si OUI, à quelle date ? \_\_\_\_\_
- Avez-vous déjà eu une maladie grave ?  
 OUI  
 NON  
Si OUI, laquelle et à quelle date ? \_\_\_\_\_
- Avez-vous une hygiène de vie...  Sédentaire  Sportive
- Comment vous sentez-vous ?  Stréssé(e)  Relax

- Endéans les trois mois passés,
  - Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?  OUI  NON
  - Avez-vous eu une ou des fractures ?  OUI  NON  
Si OUI à quel(s) endroit(s) ? \_\_\_\_\_
  - Avez-vous eu des douleurs ?  OUI  NON  
Si OUI à quel(s) endroit(s) ? \_\_\_\_\_
  - Avez-vous eu des inflammations ?  OUI  NON  
Si OUI à quel(s) endroit(s) ? \_\_\_\_\_
  - Avez-vous eu des problèmes de peau ?  OUI  NON  
Si OUI, lesquels : \_\_\_\_\_

- Souffrez-vous de (entourez) :
  - Arthrite
  - Cancer
  - Problème cardiaque
  - Diabète
  - Problème digestif
  - Maladie infectieuse ou contagieuse
  - Ostéoporose
  - Problème de tension

- Suivez vous un traitement médical ?  OUI  NON  
Si OUI lequel ? \_\_\_\_\_
- Souffrez-vous d'allergie ?  OUI  NON  
Si OUI laquelle ? \_\_\_\_\_
- Avez-vous des problèmes hormonaux ?  OUI  NON  
Si OUI lesquels ? \_\_\_\_\_
- Etes-vous enceinte ?  OUI  NON

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

Fait le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_