

FORMULAIRE d'Admission

Lors de la prise de rendez-vous, il est indispensable de me signaler tout problème de santé qui pourrait représenter une contre-indication relative au massage.

Vos informations personnelles sont strictement confidentielles, merci de remplir ce questionnaire en toute sincérité

VOS COORDONNÉES

NOM :

PRENOM :

AGE :

PROFESSION :

ADRESSE COMPLETE :

NUMERO DE TELEPHONE :

ADRESSE E-MAIL :

VOTRE APPÉTENCE AU MASSAGE

AVEZ-VOUS DÉJÀ REÇU UN MASSAGE : OUI NON

SI OUI, LE OU LESQUELS PARMIS LA LISTE CI-DESSOUS

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> suédois | <input type="checkbox"/> californien | <input type="checkbox"/> thaïlandais | <input type="checkbox"/> réflexologie plantaire |
| <input type="checkbox"/> lomi-lomi | <input type="checkbox"/> balinais | <input type="checkbox"/> ayurvédique | <input type="checkbox"/> pierres chaudes |
| <input type="checkbox"/> aux pochons aromatiques | <input type="checkbox"/> assis | <input type="checkbox"/> autres : | |

COMMENT VOUS SENTEZ VOUS AUJOURD'HUI ?

VOTRE ÉTAT ÉMOTIONNEL :

VOS BESOINS OU ATTENTES CONCERNANT LE MASSAGE ?

ZONES DU CORPS À PRIVILEGIER OU À ÉVITER :

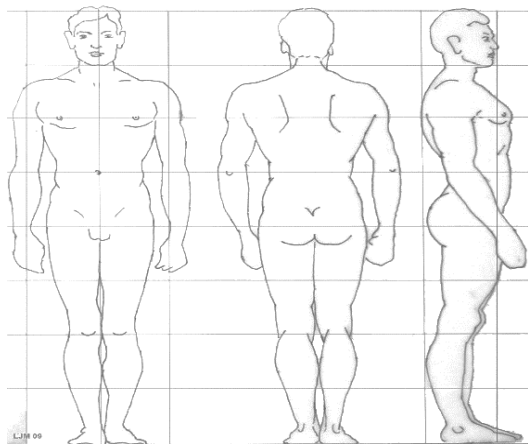
TYPE DE PRESSION : LÉGÈRE APPUYÉE JE NE SAIS PAS

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

AVEZ-VOUS DE LA FIEVRE : NON OUI

AVEZ-VOUS DES PARTIES DOULOUREUSES DANS LE CORPS : NON OUI

Si OUI, indiquez sur le schéma la ou les zones douloureuses.



PRENEZ VOUS ACTUELLEMENT UN TRAITEMENT MEDICAMENTEUX : NON OUI

Si OUI lesquels :

ETES VOUS ENCEINTE : NON OUI

Si OUI, nombre de semaines de grossesse :

Si OUI, la grossesse comporte elle des facteurs de risques : NON OUI

Si OUI, lesquels :

AVEZ-VOUS DES DOULEURS CHRONIQUES : NON OUI

Si oui lesquelles :

Si oui qu'est-ce qui les soulage :

Si oui qu'est-ce qui les empire :

AVEZ-VOUS SUBI UNE OPERATION CHIRURGICALE RECENTE (- DE 2 ANS) : NON OUI

Si OUI, laquelle :

MERCI D'ENTOURER LA OU LES CASES QUI VOUS CORRESPONDENT :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> CANCER | <input type="checkbox"/> FIBROMYALGIE |
| <input type="checkbox"/> MIGRAINE / MAL DE TÊTE | <input type="checkbox"/> A.V.C |
| <input type="checkbox"/> NEUROPATHIE | <input type="checkbox"/> ALLERGIES |
| <input type="checkbox"/> ARTHRITE | <input type="checkbox"/> PROBLEMES ARTICULAIRES |
| <input type="checkbox"/> TROUBLES CARDIAQUES | <input type="checkbox"/> TROUBLES VASCULAIRES |
| <input type="checkbox"/> DIABETE | <input type="checkbox"/> TROUBLE RENAL |

AUTRES INFORMATIONS MEDICALES A ME CONFIER ?

.....
.....

VEUILLEZ LIRE ET SIGNER CE QUI SUIT :

Je comprends que le massage bien-être reçu n'a aucune vocation thérapeutique et ne saurait remplacer un traitement adapté, suite à un avis médical.

Je certifie qu'à ma connaissance, les informations fournies sont vraies et complètes.

Je comprends que les informations fournies sont confidentielles et ne seront diffusées en aucun cas à un tiers.

Je comprends qu'en cas de doute, la praticienne en massage bien-être peut mettre fin au massage en tout temps en cas de comportement inapproprié.

Je comprends qu'il n'y a aucune pratique à caractère sexuel dans le cadre des prestations bien-être proposées.

Je comprends que toutes les séances comprennent un temps de préparation et de récupération.

Je comprends qu'un préavis de 48h soit obligatoire pour annuler ou reporter un rendez-vous. Dans le cas contraire, tout soin bien-être payé ne sera pas remboursé et que le rendez-vous sera reporté selon les disponibilités.

ATTESTATION DE DELIVRANCE DE L'INFORMATION PRECONTRACTUELLE ET RENONCEMENT AU DROIT DE RETRACTATION DE 14 JOURS

J'atteste avoir reçu un exemplaire des conditions générales de ventes et/ou de prestations de services comportant un bordereau de rétractation, exécutées par Marjorie LE GLOAN et les accepte sans réserve.

J'atteste avoir pris connaissance des conditions générales de ventes et/ou de prestations de services

Je renonce expressément à user de mon droit de rétractation mentionné à l'article L.221-18 du Code de la consommation.

Je demande à Marjorie LE GLOAN l'exécution immédiate ou à la date convenue, de la prestation de description, conformément à l'article L.221-18 du Code de la consommation.

NOM/PRENOM :

DATE ET SIGNATURE :