

## FICHE DE SANTE

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

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

Profession : \_\_\_\_\_ Autres : \_\_\_\_\_

Certains problèmes peuvent éventuellement contre-indiquer la pratique du massage.  
***Si votre réponse à une question est positive, merci de préciser.***

### **Avez-vous :**

1. Un traitement médical physique ou psychiatrique.....
2. Des allergies.....
3. Un handicap physique particulier.....
4. Des problèmes articulaires ou musculaires.....
5. Une maladie de peau.....
6. Une maladie infectieuse susceptible d'être contagieuse.....
7. Des problèmes de circulation sanguine ou lymphatique.....
8. Une condition cardiaque ou de l'hypertension.....
9. Des problèmes respiratoires.....
10. Du diabète.....
11. Une affection digestive.....
12. Une maladie hormonale.....
13. Un trouble neurologique.....
14. Des difficultés de nature psychiatrique.....
15. Une maladie auto-immune ou dégénérative .....

### ***Merci de nous signaler également si vous avez eu :***

16. Une intervention chirurgicale récente.....
17. Une hospitalisation récente.....
18. Une fracture même ancienne.....

### ***Si vous êtes une femme\*,***

***\*Un massage n'est jamais pratiqué lors des 3 premiers jours du cycle menstruel***

19. Êtes-vous enceinte ? (ou souhaitez vous l'être prochainement ?)

*Signalez-nous également toute autre condition qui vous semble importante :*

DATE : \_\_\_\_\_

SIGNATURE :