***Questionnaire santé :***

**Les massages proposés ne sont en aucun cas des actes médicaux, il existe cependant des contre-indications. Pour votre sécurité, je vous demande de répondre honnêtement au questionnaire ci-dessous. Les informations que vous donnerez resteront confidentielles, je m’y engage !**

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

N° TELEPHONE :

DATE DE NAISSANCE :

***Voici quelques questions*** *:*

- Avez-vous déjà été massé ?......

- Avez-vous déjà eu des désagréments après avoir reçu un massage ? …. Si oui, lesquels ?.............. ……….................................................................................................................................................

- Avez-vous été opéré il y a moins de 3 mois ? …. Si oui, pour quel motif ?.............................

……………………………………………………………………………………………………….

- Etes-vous enceinte ? ….. si oui, de combien de temps ?...................................................................

- Avez-vous :

* Infection de la peau
* Fièvre
* Inflammation
* Allergie

Un accord de votre médecin est souhaitable pour ces pathologies !

* Problème cardiaque
* Cancer
* Problème de tension, haute ou basse
* Diabète
* Hémophilie
* Fracture

Veillez à me signaler si vous avez ou avez eu une entorse, une hernie, si vous prenez des médicaments ou toute autre chose pouvant présenter un risque : …………………………………………………………………………………………………………..