



# THE RECOVERY SPOT

## INFORMATIONS CLIENT\* :

Nom complet : \_\_\_\_\_

Femme  Homme  NB

Code postal : \_\_\_\_\_

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

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

## PROBLEMATIQUES - ATTENTES CLIENT

Anxiété, stress, angoisse

Migraine, maux de tête

Besoin d'énergie / boost organisme

Mauvais sommeil

Douleurs épaule

Douleurs cervicales

Main / Coude

Tensions musculaire

Mauvaise digestion / Ballonnements

Cellulite / Silhouette gonflée / rétention d'eau

Douleurs dorsales (lombaires)

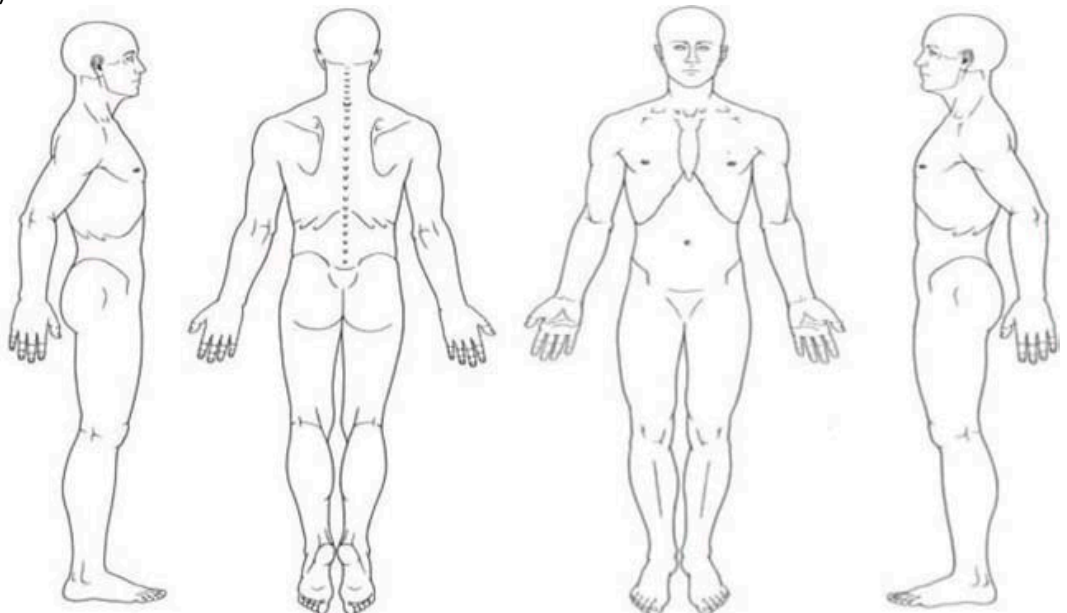
Règles douloureuses / PMS

Genou

Mollet / cheville

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

Zones de douleur/tension  
(indiquez sur le schéma) :



## MODE DE VIE & SANTÉ

- Pratiquez-vous une activité sportive ? (précisez)  
\_\_\_\_\_
- Souffrez-vous de problèmes de santé (diabète, hypertension, phlébite, maladie de la peau, etc...)?  
\_\_\_\_\_
- Avez-vous subi une opération durant les 6 derniers mois ?  
\_\_\_\_\_
- Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ? (précisez le mois) Allaitiez-vous ?  
\_\_\_\_\_
- Allergies aux noix / huiles essentielles
- Y a t-il d'autres choses utiles de mentionner et pouvant avoir un impact sur la prestation (maladie chronique, traitement médicamenteux, etc.. ) ?  
Si oui, votre médecin est-il au courant et d'accord que vous ayez recours au cupping ?  
\_\_\_\_\_

### **Veillez lire et cocher les informations suivantes puis signer.**

- Je suis conscient(e) que la prestation proposé a une visée de bien-être uniquement et qu'aucun diagnostic médical ne sera fait. Je suis conscient(e) que des marques rouges peuvent résulter de la séance de cupping dû à l'afflux sanguin dans la zone travaillée.

Signature

---

Date

---