

THE RECOVERY SPOT

CONSENTEMENT ET SANTÉ

INFORMATIONS CLIENT* :

Nom complet : _____

☐ Femme ☐ Homme ☐ NB

Code postal : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Mail : _____

ZONE(S) À TRAVAILLER

- ☐ Dos
☐ Jambes
☐ Haut du corps
☐ Nuque/épaules
☐ Autre(s) (spécifiez) : _____

☐ Allergies ?(fruits à coque, huiles essentielles...)

☐ Zones à éviter ?(visage, cheveux, pieds..)

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

ATTENTES ET PRÉFÉRENCES CLIENT

Type de massage souhaité :

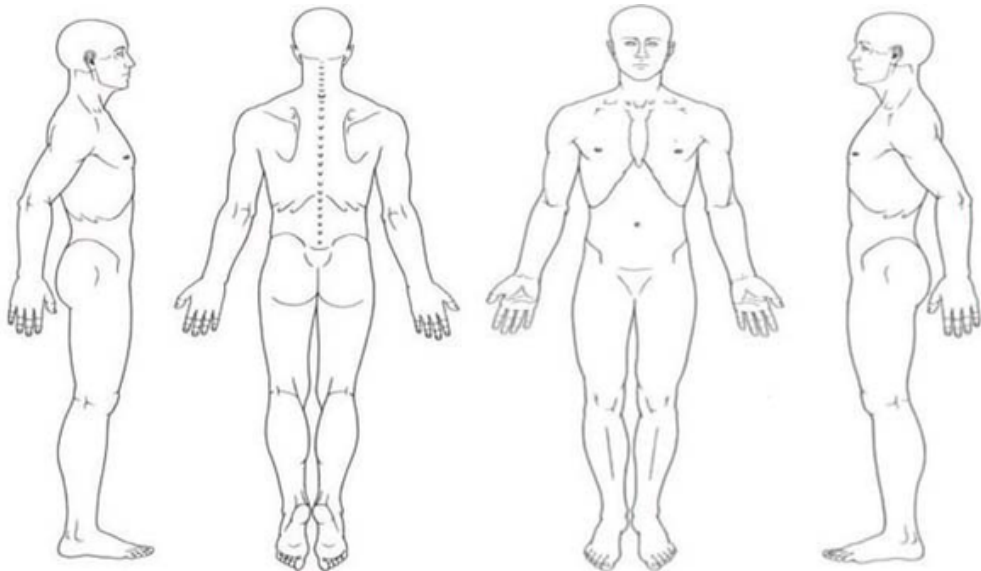
☐ Relaxant ☐ Tonique ☐ Sportif/musculaire

Type de pression :

☐ Douce/modérée ☐ Forte ☐ Alternance des deux

Vous recherchez plutôt :

- ☐ Relaxation / Bien-être
☐ Récupération musculaire / Mobilité
☐ Energie / Tonus
☐ Détox / Légèreté
☐ Autre _____



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 ?

☐ 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 massage ?

Avez-vous des attentes particulières concernant ce rendez-vous ?

Veillez lire et cocher les informations suivantes puis signer.

☐ Je suis conscient(e) que les massages proposés ont une visée de bien-être uniquement et qu'aucun diagnostic médical ne sera fait.

Signature

Date
