



Fiche client

ELO MASSAGE

Nom/ Prénom:

adresse

date de naissance :

téléphone :

e-mail :

Avez-vous des allergies ou des problèmes de peaux ?

Etes-vous enceinte ?

Prenez-vous un traitement médical? Si oui lequel ?

Avez-vous subi une intervention chirurgicale il y a moins de 3 mois ? Si oui laquelle ?

Avez vous des problèmes de santé ? (problèmes cardiaque, circulatoires, accidents. maladies...)

Avez-vous des parties du corps à accentuer ou à éviter pendant le massage?

Comment vous sentez vous aujourd'hui ?