



FICHE RENSEIGNEMENT MASSAGE

Renvoyer ce Bulletin à l'adresse ci-après : serenity.om@icloud.com

NOM : _____ PRENOM : _____

Date de Naissance : ____ / ____ / ____ Tel : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Adresse complète : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

E-Mail : _____ @ _____

Bonjour, je me permets de vous transmettre cette fiche afin de vous apporter un massage de bien-être et ce dans les meilleures conditions possibles en vous demandant quelques informations sur votre personne et qui restera totalement privée.

Les massages de bien-être avec ou sans huiles essentiels peuvent avoir quelques contre – indications, donc je vous demande de bien vouloir me renvoyer cette fiche dument remplie avant votre séance, n'hésitez pas à m'informer de tous détails même anodins pour vous.

CONTRE INDICATIONS ET PRECAUTIONS PARTICULIERES

- **Avez-vous des dispositions à :**
 - Troubles circulatoire majeurs : (thrombose, phlébite) sont une contre-indication absolue au massage en général (risque important d'embolie), maladie cardiaque
 - Cancer, tumeur : à éviter (seul le massage des extrémités sera effectué et sans huiles essentielles), un avis médical sera demandé.
 - Affections cutanées : inflammation, infection, plaie ouverte (pas de massage sur les plaies de – 6 mois), coupure...
 - En cas de grossesse : le massage des pieds en pression n'est pas conseillé et particulièrement le contour de la cheville, il ne sera pas réalisé durant les trois à quatre premiers mois.
 - Avec une personne âgée ou douloureuse, on veillera à garder une approche particulièrement douce et adaptée à sa sensibilité.
 - Maladie contagieuse, fièvre,
 - Symptômes du COVID19
 - Hémophilie
 - Diabète
 - Varice
- **Non usage des huiles essentielles :**
 - Personnes sous traitement médical

VEUILLEZ M'INDIQUER TOUTES INDISPOSITIONS OU SITUATIONS DE SANTE

- Allergies : _____
- Problèmes de santé : _____
- Hypertension : _____
- Épilepsie : _____
- Traitement anti-coagulent : _____
- Hypothyroïdie : _____
- Maladie rénale : _____
- Opération récente : _____
- Autres : _____

Fait en double exemplaire

SIGNATURE : « Lu et approuvé » en manuscrit »

à : _____

le : ____ / ____ / 20__

Serenity Ôm | Grégory PAPON

480 Chemin des Traverses, Résidence Les Terrasses de St Loup C003 - 34070 MONTPELLIER

siret : 813 228 012 00023 | Code APE / NAF 8690F