

VITAL FLOW Massage

FICHE DE CONSULTATION & CONSENTEMENT

NOM & PRÉNOM: _____

DATE : ____ / ____ / 202____

TÉLÉPHONE : _____

1. VOTRE SANTÉ

Merci de signaler si vous êtes concerné(e) par l'un de ces points :

- [] Fièvre ou infection actuelle
- [] Problèmes cardiaques ou circulatoires (phlébite, thrombose)
- [] Chirurgie récente (moins de 3 mois)
- [] Grossesse (si oui, préciser le mois : _____)
- [] Allergies ou douleurs particulières : _____

2. ACCORD & DÉCHARGE

- Je certifie que ces informations sont exactes.
- Je reconnaiss que les soins de **Vital Flow** sont des massages de bien-être et ne remplacent en aucun cas un avis médical ou des séances de kinésithérapie.
- Je dégage la responsabilité de Sabrina Rayneau en cas d'omission d'informations sur mon état de santé.
- J'accepte la conservation confidentielle de mes données pour mon suivi (RGPD).

Signature (précédée de la mention "Lu et approuvé") :