



## FORMULAIRE D'INFORMATION CONFIDENTIEL

Séance de Yoga | Massage

alix@yoma.pro  
+41 79 202 10 98

Nom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

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

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Recommandé par : \_\_\_\_\_

Contact en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Prenez-vous actuellement des médicaments ? \_\_\_\_\_

Indiquez toute situation particulière :

chirurgies : \_\_\_\_\_ problèmes de colonne vertébrale : \_\_\_\_\_ dorsalgie/douleur de nuque : \_\_\_\_\_

ostéoporose : \_\_\_\_\_ hernie : \_\_\_\_\_ fractures/ligaments : \_\_\_\_\_ arthrose : \_\_\_\_\_ port de lentilles

de contacts : \_\_\_\_\_ hypo/hypertension artérielle : \_\_\_\_\_ cardiopathie : \_\_\_\_\_ grossesse : \_\_\_\_\_

constipation : \_\_\_\_\_ diarrhée : \_\_\_\_\_ autres : \_\_\_\_\_

Notes: \_\_\_\_\_

### Consentement et accord du client | Merci de lire et signer ci-dessous :

- Il est convenu que:
  - ▶ le massage et le yoga sont des techniques de relaxation et de bien-être, d'une totale innocuité
  - ▶ le massage et le yoga n'ont pas pour finalité directe de soigner des maladies, blessures ou troubles mentaux
  - ▶ le diagnostic et le traitement de mes éventuels problèmes de santé relèvent exclusivement de la compétence des médecins ou autres personnes autorisées à pratiquer des actes de soin
  - ▶ en cas de maladie ou blessure, une visite médicale est vivement conseillée pour la diagnostiquer et la soigner
  - ▶ le massage et le yoga est strictement non-sexuelle. En cas de circonstances exceptionnelles, les deux parties se réservent le droit de mettre fin immédiatement à la séance.
- Les abonnements de 10 cours sont valables 4 mois.
- En cas d'annulation à moins de 24 heures, la séance est comptabilisée et facturée. Aucun remboursement n'est pris en compte, excepté un problème de santé et sous présentation d'un certificat médical.
- Je déclare comprendre parfaitement bien le sens de tous les paragraphes antérieurs. En conséquence, je dégage Mme Alix GACHES de toute responsabilité en cas de dégradation de mon état de santé pendant ou après les séances.

Lieu, date et signature : \_\_\_\_\_