



KEVIN CASAGRANDE
SPÉCIALISTE EN TRAITEMENT MUSCULAIRE

Questionnaire de santé

Ce questionnaire me permet de prendre connaissance de votre situation et ainsi de pouvoir mieux cibler mes questions durant notre séance.

☐ Madame ☐ Monsieur ☐ Autre :

Prénom :

Nom :

Adresse complète :

Code postal :

Ville :

Email :

N° de téléphone :

Date de naissance :

N° AVS :

Nom de l'assurance complémentaire :

Profession :

Enfants :

Sports / hobbies :

Allergies :

Intolérance aux huiles essentielles :

Raison de la première visite :

Qui vous a recommandé un massage à visée thérapeutique? (Prénom et nom de la personne)

Pression souhaitée durant le massage : ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Forte

Historique de blessures / fractures :

Historique de maladies :

Historique de chirurgie :

Médication / traitement actuel :

Êtes-vous fumeur? ☐ Oui ☐ Non

Grossesse en cours? ☐ Oui ☐ Non

Dormez-vous bien? ☐ Oui ☐ Non

Douleurs au ventre ? ☐ Oui ☐ Non

Autres remarques :

☐ Je confirme avoir lu et compris la **politique de protection des données** (www.kevincasagrande.ch/protection-donnees), et je consens à la collecte et à l'utilisation de mes données personnelles traitées en internes

☐ Je souhaite m'inscrire à la Newsletter Kevin Casagrande pour recevoir les offres et actualités (désinscription possible à tout moment)