Fiche client

Nom... ... ... Prénom ... ...

Adresse ... ...

Téléphone fixe ... ... Portable ... ...

Etat de santé général : Bon – Moyen – Mauvais

Maladies ou des blessures dans les 6 derniers mois? ……

Opérations au cours des 6 derniers mois ?.....

Maladie connue ?.....

Traitement médicamenteux ?……

Allergies connues ? ……..

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations suivantes. Je confirme que mon information médicale est à jour, que j'ai bien pris note des explications données par le technicien.

Signature : Date :

DATE	TRAITEMENT	NOTES	SIGNATURE DU CLIENT	NOM Thérapeute