

AKEMI  
ESTHÉTIQUE

Masseuse-Esthéticienne à domicile

# SOIN MASSAGE

## Formulaire de consultation

### INFORMATIONS SUR LE CLIENT

Nom: \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_

Profession: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  Femme  Homme  NB

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

\_\_\_\_\_ Code postale: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Contact Urgence: \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

Souhaitez-vous être ajouté à notre liste d'adresses électroniques pour recevoir des informations et des offres exclusives ? Oui  Non

### HISTOIRE MÉDICALE

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de l'une des affections suivantes ? Si oui, veuillez les sélectionner :

- |                                                           |                                                         |                                                    |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arthrite / troubles articulaires | <input type="checkbox"/> Ecchymoses faciles             | <input type="checkbox"/> Phlébite                  |
| <input type="checkbox"/> Articulation artificielle        | <input type="checkbox"/> Eczéma                         | <input type="checkbox"/> Enceinte                  |
| <input type="checkbox"/> L'athérosclérose                 | <input type="checkbox"/> Epilepsie                      | <input type="checkbox"/> Accident/blessure récent  |
| <input type="checkbox"/> Troubles sanguins                | <input type="checkbox"/> Boutons de fièvre              | <input type="checkbox"/> Fracture récente          |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de dos/cou             | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie                   | <input type="checkbox"/> Séborrhée                 |
| <input type="checkbox"/> Cancer                           | <input type="checkbox"/> Maux de tête/migraines         | <input type="checkbox"/> Troubles épileptiques     |
| <input type="checkbox"/> Syndrome du canal carpien        | <input type="checkbox"/> Affection cardiaque            | <input type="checkbox"/> Maladie de la peau/lésion |
| <input type="checkbox"/> Troubles circulatoires           | <input type="checkbox"/> Pression artérielle <b>↑/↓</b> | <input type="checkbox"/> Entorses / foulures       |
| <input type="checkbox"/> Affection cutanée contagieuse    | <input type="checkbox"/> Troubles immunitaires          | <input type="checkbox"/> Glandes enflées           |
| <input type="checkbox"/> Diminution de la sensation       | <input type="checkbox"/> Cicatrice chéloïde             | <input type="checkbox"/> Coude de tennis           |
| <input type="checkbox"/> Thrombose veineuse profonde      | <input type="checkbox"/> Plaies ou lésions ouvertes     | <input type="checkbox"/> TMJ*                      |
| <input type="checkbox"/> Diabète                          | <input type="checkbox"/> Ostéoporose                    | <input type="checkbox"/> Varices                   |

Toute autre maladie/condition: \_\_\_\_\_

Avez-vous subi récemment une intervention chirurgicale, y compris une chirurgie plastique ?  Oui  Non

\*TMJ : Temporomandibular : Troubles articulaires temporo-mandibulaires

AKEMI ESTHÉTIQUE

www.akemiesthetique.fr / 06.82.89.14.04

## INFORMATIONS SUR LE MASSAGE

Avez-vous déjà bénéficié d'un massage professionnel ?  Non  Oui

Avez-vous des difficultés à vous coucher sur le ventre, sur le dos ou sur le côté ?  Non  Oui

Avez-vous des allergies aux huiles, lotions ou pommades ?  Non  Oui

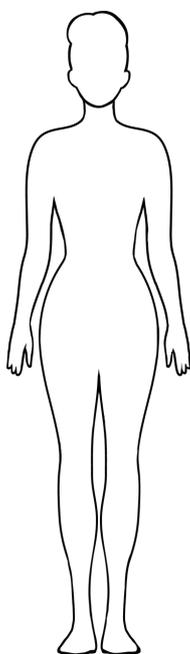
Avez-vous une peau sensible ?  Non  Oui

Y a-t-il des zones (pieds, visage, abdomen) que vous ne souhaitez pas masser ? \_\_\_\_\_

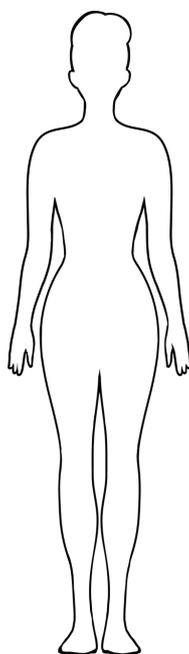
Quel type de massage recherchez-vous ?  Relaxation  Thérapeutique/tissus profonds

Quelle pression préférez-vous ?  Léger  Moyen  Profond

*Indiquez les domaines spécifiques sur lesquels vous souhaitez que votre thérapeute se concentre :*



Face



Dos



Droite



Gauche

*En signant ci-dessous, vous acceptez ce qui suit :*

*Je comprends que le massage que je reçois a pour objectif principal la relaxation et le soulagement des tensions musculaires. Si je ressens une quelconque douleur ou gêne au cours de cette séance, j'en informerai immédiatement le thérapeute afin que la pression et/ou les mouvements soient adaptés à mon niveau de confort. J'affirme avoir mentionné toutes mes conditions médicales connues et avoir répondu honnêtement à toutes les questions. Je m'engage à tenir le thérapeute au courant de tout changement dans mon profil médical et je comprends que le thérapeute ne peut être tenu responsable si je ne le fais pas.*

\_\_\_\_\_  
Nom du client (en caractères  
d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature Client

\_\_\_\_\_  
Date

## INFORMATIONS SUR LE MASSAGE

Avez-vous déjà bénéficié d'un massage professionnel ?  Non  Oui

Avez-vous des difficultés à vous coucher sur le ventre, sur le dos ou sur le côté ?  Non  Oui

Avez-vous des allergies aux huiles, lotions ou pommades ?  Non  Oui

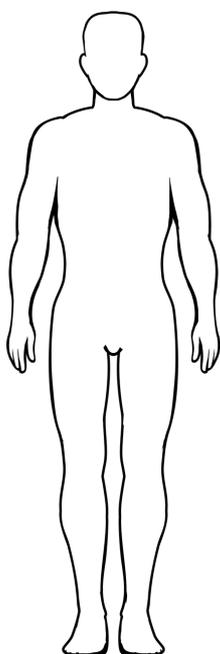
Avez-vous une peau sensible ?  Non  Oui

Y a-t-il des zones (pieds, visage, abdomen) que vous ne souhaitez pas masser ? \_\_\_\_\_

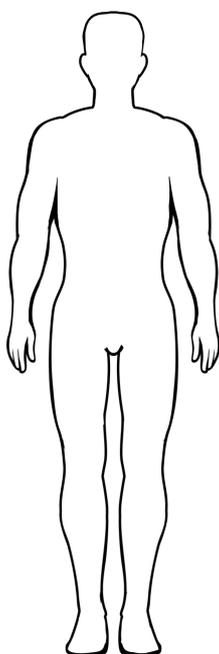
Quel type de massage recherchez-vous ?  Relaxation  Thérapeutique/tissus profonds

Quelle pression préférez-vous ?  Léger  Moyen  Profond

*Indiquez les domaines spécifiques sur lesquels vous souhaitez que votre thérapeute se concentre :*



Face



Dos



Droite



Gauche

*En signant ci-dessous, vous acceptez ce qui suit :*

*Je comprends que le massage que je reçois a pour objectif principal la relaxation et le soulagement des tensions musculaires. Si je ressens une quelconque douleur ou gêne au cours de cette séance, j'en informerai immédiatement le thérapeute afin que la pression et/ou les mouvements soient adaptés à mon niveau de confort. J'affirme avoir mentionné toutes mes conditions médicales connues et avoir répondu honnêtement à toutes les questions. Je m'engage à tenir le thérapeute au courant de tout changement dans mon profil médical et je comprends que le thérapeute ne peut être tenu responsable si je ne le fais pas.*

\_\_\_\_\_  
Nom du client (en caractères  
d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature Client

\_\_\_\_\_  
Date

# MASSAGE THERAPY

## Formulaire de consentement client

NOM LÉGAL COMPLET DU CLIENT: \_\_\_\_\_

### CHAMP D'APPLICATION

La massothérapie est une profession dans laquelle le praticien applique des techniques manuelles, et peut appliquer des thérapies complémentaires, dans l'intention d'affecter positivement la santé et le bien-être du client. Les massothérapeutes ne diagnostiquent pas et ne prescrivent pas de traitement pour des conditions médicales et ne sont pas autorisés à fournir un traitement pour une condition spécifique sans la supervision d'un médecin. Le massothérapeute est tenu de vous orienter vers un diagnostic et de suivre les recommandations de votre médecin. Le massothérapeute est heureux d'ajuster la pression, la température, le volume de la musique, de travailler plus longtemps sur une zone ou de passer à autre chose si vous le demandez.

### LES CONDITIONS MÉDICALES

Il incombe au client de tenir le massothérapeute au courant de tout traitement médical en cours et de lui fournir une autorisation écrite du médecin, du chiropraticien, du physiothérapeute, etc. Le client doit également tenir le massothérapeute informé de tout changement de son état de santé.

### CONSENTEMENT

*Veillez apposer vos initiales pour reconnaître que vous avez été informé(e) de ce qui suit :*

\_\_\_\_\_ Je comprends que si je ressens une quelconque douleur ou gêne pendant la séance, j'en informerai immédiatement le thérapeute afin que la pression et/ou les caresses soient adaptées à mon niveau de confort.

\_\_\_\_\_ Je comprends également que la massothérapie ne doit pas être considérée comme un substitut à un examen, un diagnostic ou un traitement médical et que je dois consulter un médecin, un chiropraticien ou un autre spécialiste médical qualifié pour toute affection mentale ou physique dont je suis conscient(e).

\_\_\_\_\_ Le massage ne doit pas être pratiqué dans certaines conditions médicales et j'affirme avoir indiqué toutes mes conditions médicales connues et avoir répondu honnêtement à toutes les questions.

Client Initials: \_\_\_\_\_

MASSAGE THERAPY FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

- \_\_\_\_\_ Je tiendrai le thérapeute au courant de tout changement dans mon profil médical et je comprends que le thérapeute ne peut être tenu responsable si je ne le fais pas.
- \_\_\_\_\_ Il s'agit d'une séance de massage thérapeutique et toute remarque ou avance à caractère sexuel mettra fin à la séance et je serai responsable du paiement du traitement prévu.
- \_\_\_\_\_ Je comprends que la massothérapeute praticienne se réserve le droit de me refuser ses services pour toute raison qu'elle juge nécessaire.

*Par ma signature, je reconnais avoir lu et accepté de recevoir la thérapie par le massage et je m'engage à respecter toutes les déclarations susmentionnées que j'ai paraphées.*

_____	_____	_____
Nom du client (en caractères d'imprimerie)	<i>Signature du Client</i>	<i>Date</i>
_____	_____	_____
<i>Signature du Thérapeute</i>		<i>Date</i>



# SOIN MASSAGE

## *Formulaire d'autorisation pour les photos et vidéos*

Par la présente, je soussigné(e) \_\_\_\_\_, accorde et autorise le droit de prendre, d'éditer, de modifier, de copier, d'exposer, de publier, de distribuer et d'utiliser toute photo, vidéo et/ou audio prise de moi pour être utilisée dans et/ou pour tout matériel promotionnel légal, y compris, mais sans s'y limiter, les bulletins d'information, les dépliants, les affiches, les brochures, les publicités, les dossiers de presse, les sites web, les sites de médias sociaux et d'autres communications imprimées et numériques, sans paiement ni autre contrepartie.

Cette autorisation est valable pour une durée indéterminée et s'étend à toutes les langues, tous les médias, tous les formats et tous les marchés connus à ce jour ou découverts ultérieurement.

Je renonce à tout droit à des redevances ou autres compensations découlant de l'utilisation de la photographie ou de l'enregistrement ou s'y rapportant.

Je comprends et j'accepte que ce matériel devienne la propriété de Akemi Esthétique, Madame Renaldo Julie et ne soit pas restitué.

Par la présente, je dégage de toute responsabilité, de toute demande et de toute cause d'action que moi-même, mes héritiers, mes représentants, mes exécuteurs, mes administrateurs ou toute autre personne pourraient engager en agissant en mon nom ou au nom de ma succession.

*En apposant ma signature ci-dessous, je reconnais avoir lu et compris l'accord de décharge ci-dessus.*

\_\_\_\_\_  
*Nom du client (en caractères d'imprimerie) :*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Signature client :*

\_\_\_\_\_  
*Date*