



volutes

Questionnaire Clientèle

Massage drainant brésilien

Informations générales

- Nom et prénom :
- Date de naissance :
- Téléphone / Email :

Santé générale

- Avez-vous des antécédents médicaux particuliers (cardiaques, circulatoires, respiratoires, hormonaux) ?
- Avez-vous déjà eu une intervention chirurgicale récente (moins de 6 mois) ?
- Souffrez-vous de problèmes veineux (varices, phlébite, thrombose, insuffisance veineuse) ?
- Êtes-vous enceinte ou en période d'allaitement ?
- Avez-vous une pathologie cancéreuse en cours ou passée ?
- Avez-vous une infection, inflammation ou fièvre actuellement ?
- Avez-vous des douleurs chroniques, œdèmes ou troubles circulatoires ?

Peau & Sensibilités

- Avez-vous des allergies connues (alimentaires, cutanées, médicamenteuses, huiles essentielles) ?

- Avez-vous une peau sensible, eczéma, psoriasis ou autre affection cutanée ?

Objectifs & attentes

- Qu'attendez-vous du drainage lymphatique ? Detox - silhouette - circulation - récupération - autre..
- Y a-t-il des zones prioritaires à travailler ? Jambes - ventre - bras - visage - corps entier

Utilisation d'huiles essentielles

- Êtes-vous ouverte à l'utilisation d'huiles essentielles diluées dans l'huile de massage ?
- Avez-vous déjà eu une réaction à des huiles essentielles ?
- Préférez-vous des senteurs plutôt fraîches, florales, boisées/épicées ou neutres ?

Je certifie avoir répondu en toute sincérité aux questions de ce questionnaire. Ces informations permettront de personnaliser ma séance de drainage brésilien afin qu'elle se déroule dans les meilleures conditions de confort et de bien être.

Fait le : _____ à : _____

Signature du client :