



DONNEES PERSONNELLES (facultatif)

NOM : _____

PRENOM : _____

NO, RUE : _____

CODE POSTAL / VILLE : _____

DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

EMAIL : _____@_____

DECLARATION DE BONNE SANTE (obligatoire)

Le (la) soussigné(e) déclare sur son honneur d'être en bonne santé et qu'il (qu'elle) n'a pas connaissance d'éventuelles contre-indications médicales s'opposant à un massage.

DATE :

SIGNATURE :