

Formulaire de consentement

Massage

Nom de l'entreprise

DÉTAILS DU CLIENT

Nom complet

Numéro de téléphone

E-mail

Date de naissance

JE CONFIRME QUE

- ☐ J'ai informé le thérapeute des conditions de santé, des blessures et de la grossesse.
- ☐ Je dirai pendant la séance si la pression est inconfortable.
- ☐ Je comprends que ce massage n'est pas un traitement médical.

J'accepte que l'entreprise conserve les informations de ce formulaire pour fournir le service et aussi longtemps que la loi l'exige. Je peux demander à voir, corriger ou supprimer mes données à tout moment.

Signature du client

Signature du spécialiste

Date