

Formulário de consentimento

Massagem

Nome do negócio

DETALHES DO CLIENTE

Nome completo

Número de telefone

Email

Data de nascimento

CONFIRMO QUE

- ☐ Informe o terapeuta sobre condições de saúde, lesões e gravidez.
- ☐ Direi durante a sessão se a pressão estiver desconfortável.
- ☐ Entendo que esta massagem não é um tratamento médico.

Concordo que o negócio mantenha as informações deste formulário para fornecer o serviço e pelo tempo exigido por lei. Posso solicitar ver, corrigir ou excluir meus dados a qualquer momento.

Assinatura do cliente

Assinatura do especialista

Data