

FICHE DE VEILLE CONTRES INDICATIONS MEDICALES A L'INSCRIPTION D'UN MODULE OU CURSUS DE FORMATION

NOM DU STAGIAIRE :
DATE :
COORDONNEES MEDECIN TRAITANT :
Nom
Téléphone :
Adresse :

Il est important pour nous de tenir compte d'éventuelles affections afin de garantir votre intégrité dans la pratique des techniques manuelles...
Dans le « donner » et le « recevoir ».

Merci de préciser votre état de santé, en cochant les cases correspondantes :
Souffrez-vous de

- Psychoses (maladies psychiques) ou suivi psychiatrique, hospitalisation psychiatrique
- Phlébites
- Asthme. Conduite à tenir en cas de crise :
- Maladie du système lymphatique. Si oui merci de préciser :
- Dépendance à l'alcool ou consommation de stupéfiants (légaux type médicaments ou illégaux)
- Maladie infectieuse et/ou du système immunitaire. Si oui merci de préciser :
- Colites
- Maladies du système nerveux (épilepsie...). Si oui merci de préciser :
- Traumatisme osseux, articulaire ou musculaire. Si oui merci de préciser :
- Entorses
- Inflammations, affections ou lésions de la peau.
- Ecchymoses, problèmes circulatoires,
- Diabète,
- Grossesse, fausses couches récentes, IVG récents, césarienne ou accouchements récents
- Cancer même si phase de rémission
- Interventions chirurgicales récentes. Si oui merci de préciser :
- Problèmes cardiaques. Si oui merci de préciser :

Je m'engage sur l'honneur à l'exactitude de ces informations et à informer AHIMSA Formation dans les plus brefs délais sur toute évolution de mon état de santé durant ma période de formation.

SIGNATURE DU STAGIAIRE :

Attestation Médicale :

Je, soussigné (e)..... Médecin traitant,
Atteste par la présente que l'état de santé de M/Mme..... ne présente aucune contre-indication à la pratique du Massage de Bien Être ou autres techniques manuelles, dans le « donner » ou le « recevoir » durant les sessions de formations professionnelles.

Date :

Cachet et signature :