

DATE :

NOM/PRENOM :

AGE :

ALLERGIES/PRISE DE MEDICAMENTS :

Je confirme ne pas être affecté par l'une des contre-indications suivantes :

- FIEVRE
- MENSTRUATIONS
- INFECTIONS
- PATHOLOGIE : SYSTEME IMMUNITAIRE
- PATHOLOGIE RENALE
- HYPERTHYROÏDIE
- OPERATION MOINS DE 3 MOIS
- DIABETE
- PATHOLOGIE CARDIAQUE /APPAREILLAGES : hypotension artérielle, œdème cardiaque, thrombose, phlébite
- CANCER/ CHIMIOOTHERAPIE
- GROSSESSE / ALLAITEMENT
- ASTHME SEVERE, TUBERCULOSE
- SINUS : Sclérose du sinus carotidien
- VARICES
- DERMATOSES
- ECCHYMOSES
- ULCERE GASTRIQUE
- ANEMIE
- PRISE D'ANTICOAGULANTS

Si vous avez des doutes ou si vous souffrez d'une maladie pathologique, vous devrez obtenir un avis médical.

Lu et approuvé,
Signature