

Bilan de santé

Encerclez la zone douloureuse

Nom : _____

Date de naissance : _____

de téléphone : _____

	OUI	NON	INFORMATION
Allergies			
Opération récente			
Fracture			
Problèmes cardiaque			
Problèmes respiratoire			
Prise de médicament			
Grossesse			
AUTRE (précisez)			



VOTRE
LOGO ICI

Bilan de santé

Encerclez la zone douloureuse

Nom : _____

Date de naissance : _____

de téléphone : _____

	OUI	NON	INFORMATION
Allergies			
Opération récente			
Fracture			
Problèmes cardiaque			
Problèmes respiratoire			
Prise de médicament			
Grossesse			
AUTRE (précisez)			



VOTRE
LOGO ICI

