



Technique MEBP®

Massage pour enfants à besoins particuliers
(Autisme, TDAH, anxiété)

Bilan de santé

Date :

Prénom et nom de l'enfant :

Adresse :

Ville :

Code postal

Téléphone

Date de naissance :

Courriel du parent :

Diagnostic (si applicable) :

Votre enfant a-t-il des problèmes digestifs ? (Constipation, diarrhée, reflux, ulcère...)
Spécifiez :
Est-ce qu'il a des problèmes articulaires ?
Spécifiez :
Est-ce qu'il a des problèmes respiratoires ?
Spécifiez :
A-t-il des problèmes de peau ? (Eczéma, acné, verrues, plaies...)
Spécifiez :
Est-ce que votre enfant a eu un accident dans les 2 dernières années ?
Quelle partie du corps ?
Fracture ?
A-t-il subi une chirurgie au cours des 2 dernières années ?
Spécifiez :
Est-ce que votre enfant souffre d'épilepsie ?



Technique MEBP®

Massage pour enfants à besoins particuliers
(Autisme, TDAH, anxiété)

Est-ce qu'il se plaint de douleurs musculaires ?

Où? Cause? Symptômes ?

Est-ce que votre enfant prend des médicaments ?

Lesquels ?

Effets secondaires ?

Est-ce qu'il a des allergies

Lesquelles ?

Souhaitez-vous avoir un reçu d'assurances ?

Pour les enfants de 14 ans et moins, une signature du parent est nécessaire à la pratique de la massothérapie. Cette signature certifie que le parent sera présent à la séance de traitement

Signature :