KHEÏFIDA · PREMIÈRE SÉANCE

QUESTIONNAIRE AVANT RENDEZ-VOUS

Quelques minutes pour comprendre votre objectif et préparer une séance adaptée.

1 VOS INFORMATIONS

Prénom / Nom : _____ **Date du rendez-vous :** _____

Téléphone : _____ **Rappel préféré :** ☐ WhatsApp ☐ SMS ☐ Appel

2 VOTRE OBJECTIF

☐ Reprendre une activité ☐ Perte de poids ☐ Raffermir / tonifier

☐ Améliorer mon endurance ☐ Drainage / légèreté ☐ Réduire l'aspect de la cellulite

Mon objectif prioritaire pour les 4 prochaines semaines :

_____

_____

3 VOTRE RYTHME ET VOS DISPONIBILITÉS

Rythme actuel : ☐ Aucune ☐ 1 fois / semaine ☐ 2 fois / semaine ☐ 3 fois ou +

Moment préféré : ☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir 2 séances / semaine possibles ? ☐ Oui ☐ Non

Frein principal : ☐ Temps ☐ Motivation ☐ Douleur ☐ Confiance ☐ Autre

4 SÉCURITÉ AVANT LA SÉANCE

Êtes-vous enceinte, en post-partum récent, ou en reprise après une opération / blessure ?	☐ Oui	☐ Non
Un professionnel de santé vous a-t-il déconseillé ou limité l'activité physique, l'EMS, les infrarouges ou le vacuum ?	☐ Oui	☐ Non
Avez-vous un dispositif médical, une douleur, une lésion cutanée ou une situation de santé nécessitant des précautions particulières ?	☐ Oui	☐ Non

Si vous cochez « oui », informez l'équipe avant la séance. Aucun diagnostic détaillé n'est demandé sur ce formulaire.

5 VALIDATION

☐ Je confirme que mes réponses sont exactes et je signalerai tout changement avant une séance.

☐ J'accepte l'utilisation des seules informations nécessaires à la préparation et à la sécurité de mes séances.

Date : _____ **Signature :** _____

Document confidentiel. Données utilisées uniquement pour préparer et suivre les séances, conservées pendant la durée nécessaire à cet accompagnement.

Ce questionnaire ne remplace ni un avis médical ni les contre-indications figurant dans la notice de chaque machine.