



CONTRE-INDICATION MÉDICALE

Nom :

Âge :

e-mail :

	OUI	NON
Avez-vous des antécédents médicaux ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prenez-vous des médicaments ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous des antécédents chirurgicaux ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quel est le diagnostic du médecin ?

Quel est le temps de convalescence estimé ?

Avez-vous d'autres informations pertinentes ?

Merci pour votre temps et vos
réponses