



FORMULAIRE

Prénom: _____ Âge : _____

Nom : _____

Tél. Maison: _____ Cell.: _____

Travail : _____

Est-ce que c'est votre première séance? Oui ___ Non ___

Je suis réceptif au magnétisme : Peu : _____

Moyennement : _____

Beaucoup : _____

Expliquer : _____

But de la séance (expliquer vos douleurs) :

Problèmes de santé:

_____ Médication : Oui ___ Non ___

_____ Médication : Oui ___ Non ___

_____ Médication : Oui ___ Non ___

_____ Médication : Oui ___ Non ___

_____ Médication : Oui ___ Non ___

_____ Médication : Oui ___ Non ___

_____ Médication : Oui ___ Non ___

Expliquer les traitements reçus pour vos problèmes de santé :

Êtes-vous suivi par des spécialistes pour vos problèmes de santé? Si oui, lesquels : _____

Où avez-vous entendu parler du Centre Magnétisme Curatif?

- Carte d'affaires : _____
- Site Web : _____
- Facebook : _____
- Véhicule : _____
- Référence (Qui?) : _____
- Autres : _____

Autres informations sur votre santé:

Signature

Date

Merci!

Patrick Lemire

Magnétiseur - guérisseur