



Moment unique

RÊVEZ VOTRE MOMENT

Nom _____ Date de naissance _____
Adresse _____ Téléphone _____
Email _____

Précisez le nombre de participants, âge et si accompagnant

:

- | | | |
|--|-----|-----|
| • Avez-vous des soucis de santé : pacemaker, épilepsie, troubles psychiatriques, thrombose, inflammation ou cicatrice récente? | Oui | Non |
| • Avez-vous des allergies ? | Oui | Non |
| • Etes-vous enceinte ? | Oui | Non |

Observations ou notes à me spécifier

Composez votre moment unique

- | | | | |
|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | Bar à lapin | ☐ | Bain Sonore individuel ou en duo avec le parent. |
| ☐ | Balade en pleine nature avec le chien | ☐ | Massage émotionnel |
| | | ☐ | Massage Métamorphique |

Cochez vos options pour le bain sonore et les massages

- | | | | |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------------|
| ☐ | Chalet | ☐ | Musique |
| ☐ | Près des ânes en extérieur | ☐ | Matelas chauffant |

Vos souhaits personnels (que je réaliserais dans la mesure du possible)

Notez le nombre de participant, âge, accompagnant, si prestation ind ou en duo

Aucune de ces thérapies ne se substitue pas à un avis médical ou traitement en cours. Je me décharge de toute responsabilité pour toutes les contre indications non spécifiées sur le formulaire.

Signature avec date et lieu
précédé de la signature "lu et
approuvé"