
# Nom de famille: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Code Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone : **travail**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**maison**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **cellulair**e :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Date de naissance: (j/m/a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Numéro d'urgence si le patient est mineur: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Veuillez cocher si vous désirez recevoir par courriel (e-mail) :­­­­­­­­­­­­­­­­­­­ [ ]  bulletins d’information trimestriel

## [ ]  rappel de rendez-vous [ ]  communications avec votre thérapeute

## Adresse électronique :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Rappel de rendez-vous via texte message : français [ ]  ou anglais [ ]  cellulaire\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1-Qui vous a référé ici à Physio Sport Plus: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2-Nom de votre médecin de famille: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3-Consentez-vous à l’envoi d’un rapport d’évaluation et de congé à votre médecin référant et/ou votre médecin de famille** [ ]  **oui** [ ] **non**

**4-Vous êtes ici pour quel genre de blessure (partie du corps)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

5- S.V.P. Cochez seulement si les suivants s’appliquent à votre santé:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Diabètes | [ ]  Stimulateur cardiaque |
| [ ]  Problèmes cardiaques | [ ]  Traitement pour un cancer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [ ]  Enceinte (# de semaines de gestation\_\_\_\_) | [ ]  Chirurgie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [ ]  Epilepsie | [ ]  Problèmes respiratoires\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [ ]  Haute tension artériel  | [ ]  Problèmes digestifs |
| [ ]  Autres\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

Allergies**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**[ ]  J'ai d'autres problèmes de santé.**

 **Spécifiez s.v.p.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

[ ]  Je suis en bonne santé.

**6- Ceci est le résultat d'un accident de voiture?** **[ ]  non** **[ ]  oui ,**

 **Ceci est le résultat d'un accident de travail?** **[ ]  non** **[ ]  oui**

**\*\*\*S.V.P Nous mentionner si ceci est une réclamation de WSIB ou Accident d'auto\*\*\***

|  |
| --- |
| Politique d'annulation / absence à votre rendez-vousVous devez nous donner 24hrs d'avis pour reporter un rendez-vous sinon des frais de 50.00$ seront ajoutés à votre compte (notez pour les massages de 90mins, les frais sont de 75.00$). Ceci s'applique aussi pour les visites manquées sans avertissement de votre part.Je comprends cette politique. Signature\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Je comprends que je suis responsable pour les paiements de mon compte pour les services reçus chez Physio Sport Plus.

Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_