

QUESTIONNAIRE REFLEXOLOGIE AURICULAIRE

Nom

Situation familiale :

Prénom

Nombre d'enfants :

Age

Profession :

Traitements médicamenteux pris :

Antécédents médicaux :

Motif de la séance :

Cicatrices et blessures sur le corps (opérations, accidents, fractures) :

Traumatismes émotionnels toujours actifs (non acceptation) avec année :