

Nom de l'étudiant : _____

Durée totale de la séance : _____	Type de soins:
Soin # 1 / 20 Date : _____	<input type="checkbox"/> Posturaux <input type="checkbox"/> Auto-soin

Décrivez brièvement l'état du client avant la séance (ex : physique, posture, émotionnel/mental, etc.)

Nom du client:	Intention:
----------------	------------

Fiche soin posturaux (degré de douleur sur 10)

Cou: Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Dos/Omoplates : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Hanches/Psoas : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____

Fiche auto-soin: Quels sont les points de tensions avant et après l'auto-soin?

Durée totale de la séance : _____	Type de soins:
Soin # 2 / 20 Date : _____	<input type="checkbox"/> Posturaux <input type="checkbox"/> Auto-soin

Décrivez brièvement l'état du client avant la séance

Nom du client:	Intention:
----------------	------------

Fiche soin posturaux (degré de douleur sur 10)

Cou: Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Dos/Omoplates : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Hanches/Psoas : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____

Fiche auto-soin: Quels sont les points de tensions avant et après l'auto-soin?

Nom de l'étudiant : _____

Durée totale de la séance : _____	Type de soins:
Soin # 3 / 20 Date : _____	<input type="checkbox"/> Posturaux <input type="checkbox"/> Auto-soin

Décrivez brièvement l'état du client avant la séance (ex : physique, posture, émotionnel/mental, etc.)

Nom du client:	Intention:
----------------	------------

Fiche soin posturaux (degré de douleur sur 10)

Cou: Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Dos/Omoplates : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Hanches/Psoas : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____

Fiche auto-soin: Quels sont les points de tensions avant et après l'auto-soin?

Durée totale de la séance : _____	Type de soins:
Soin # 4 / 20 Date : _____	<input type="checkbox"/> Posturaux <input type="checkbox"/> Auto-soin

Décrivez brièvement l'état du client avant la séance

Nom du client:	Intention:
----------------	------------

Fiche soin posturaux (degré de douleur sur 10)

Cou: Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Dos/Omoplates : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Hanches/Psoas : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____

Fiche auto-soin: Quels sont les points de tensions avant et après l'auto-soin?

Nom de l'étudiant : _____

Durée totale de la séance : _____	Type de soins:
Soin # 5 / 20 Date : _____	<input type="checkbox"/> Posturaux <input type="checkbox"/> Auto-soin

Décrivez brièvement l'état du client avant la séance (ex : physique, posture, émotionnel/mental, etc.)

Nom du client:	Intention:
----------------	------------

Fiche soin posturaux (degré de douleur sur 10)

Cou: Avant __/10 Après __/10, Notes :
Dos/Omoplates : Avant __/10 Après __/10, Notes :
Hanches/Psoas : Avant __/10 Après __/10, Notes :

Fiche auto-soin: Quels sont les points de tensions avant et après l'auto-soin?

Durée totale de la séance : _____	Type de soins:
Soin # 6 / 20 Date : _____	<input type="checkbox"/> Posturaux <input type="checkbox"/> Auto-soin

Décrivez brièvement l'état du client avant la séance

Nom du client:	Intention:
----------------	------------

Fiche soin posturaux (degré de douleur sur 10)

Cou: Avant __/10 Après __/10, Notes :
Dos/Omoplates : Avant __/10 Après __/10, Notes :
Hanches/Psoas : Avant __/10 Après __/10, Notes :

Fiche auto-soin: Quels sont les points de tensions avant et après l'auto-soin?

Nom de l'étudiant : _____

Durée totale de la séance : _____	Type de soins:
Soin # 7 / 20 Date : _____	<input type="checkbox"/> Posturaux <input type="checkbox"/> Auto-soin

Décrivez brièvement l'état du client avant la séance (ex : physique, posture, émotionnel/mental, etc.)

Nom du client:	Intention:
----------------	------------

Fiche soin posturaux (degré de douleur sur 10)

Cou: Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Dos/Omoplates : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Hanches/Psoas : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____

Fiche auto-soin: Quels sont les points de tensions avant et après l'auto-soin?

Durée totale de la séance : _____	Type de soins:
Soin # 8 / 20 Date : _____	<input type="checkbox"/> Posturaux <input type="checkbox"/> Auto-soin

Décrivez brièvement l'état du client avant la séance

Nom du client:	Intention:
----------------	------------

Fiche soin posturaux (degré de douleur sur 10)

Cou: Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Dos/Omoplates : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Hanches/Psoas : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____

Fiche auto-soin: Quels sont les points de tensions avant et après l'auto-soin?

Nom de l'étudiant : _____

Durée totale de la séance : _____	Type de soins:
Soin # 9 / 20 Date : _____	<input type="checkbox"/> Posturaux <input type="checkbox"/> Auto-soin

Décrivez brièvement l'état du client avant la séance (ex : physique, posture, émotionnel/mental, etc.)

Nom du client:	Intention:
----------------	------------

Fiche soin posturaux (degré de douleur sur 10)

Cou: Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Dos/Omoplates : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Hanches/Psoas : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____

Fiche auto-soin: Quels sont les points de tensions avant et après l'auto-soin?

Durée totale de la séance : _____	Type de soins:
Soin # 10 / 20 Date : _____	<input type="checkbox"/> Posturaux <input type="checkbox"/> Auto-soin

Décrivez brièvement l'état du client avant la séance

Nom du client:	Intention:
----------------	------------

Fiche soin posturaux (degré de douleur sur 10)

Cou: Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Dos/Omoplates : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Hanches/Psoas : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____

Fiche auto-soin: Quels sont les points de tensions avant et après l'auto-soin?

Nom de l'étudiant : _____

Durée totale de la séance : _____	Type de soins:
Soin # 11 / 20 Date : _____	<input type="checkbox"/> Posturaux <input type="checkbox"/> Auto-soin

Décrivez brièvement l'état du client avant la séance (ex : physique, posture, émotionnel/mental, etc.)

Nom du client:	Intention:
----------------	------------

Fiche soin posturaux (degré de douleur sur 10)

Cou: Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Dos/Omoplates : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Hanches/Psoas : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____

Fiche auto-soin: Quels sont les points de tensions avant et après l'auto-soin?

_____ _____ _____

Durée totale de la séance : _____	Type de soins:
Soin # 12 / 20 Date : _____	<input type="checkbox"/> Posturaux <input type="checkbox"/> Auto-soin

Décrivez brièvement l'état du client avant la séance

Nom du client:	Intention:
----------------	------------

Fiche soin posturaux (degré de douleur sur 10)

Cou: Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Dos/Omoplates : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Hanches/Psoas : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____

Fiche auto-soin: Quels sont les points de tensions avant et après l'auto-soin?

_____ _____ _____

Nom de l'étudiant : _____

Durée totale de la séance : _____	Type de soins:
Soin # 13 / 20 Date : _____	<input type="checkbox"/> Posturaux <input type="checkbox"/> Auto-soin

Décrivez brièvement l'état du client avant la séance (ex : physique, posture, émotionnel/mental, etc.)	
Nom du client:	Intention:

Fiche soin posturaux (degré de douleur sur 10)
Cou: Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Dos/Omoplates : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Hanches/Psoas : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____

Fiche auto-soin: Quels sont les points de tensions avant et après l'auto-soin?

Durée totale de la séance : _____	Type de soins:
Soin # 14 / 20 Date : _____	<input type="checkbox"/> Posturaux <input type="checkbox"/> Auto-soin

Décrivez brièvement l'état du client avant la séance	
Nom du client:	Intention:

Fiche soin posturaux (degré de douleur sur 10)
Cou: Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Dos/Omoplates : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Hanches/Psoas : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____

Fiche auto-soin: Quels sont les points de tensions avant et après l'auto-soin?

Nom de l'étudiant : _____

Durée totale de la séance : _____	Type de soins:
Soin # 15 / 20 Date : _____	<input type="checkbox"/> Posturaux <input type="checkbox"/> Auto-soin

Décrivez brièvement l'état du client avant la séance (ex : physique, posture, émotionnel/mental, etc.)

Nom du client:	Intention:
----------------	------------

Fiche soin posturaux (degré de douleur sur 10)

Cou: Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Dos/Omoplates : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Hanches/Psoas : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____

Fiche auto-soin: Quels sont les points de tensions avant et après l'auto-soin?

Durée totale de la séance : _____	Type de soins:
Soin # 16 / 20 Date : _____	<input type="checkbox"/> Posturaux <input type="checkbox"/> Auto-soin

Décrivez brièvement l'état du client avant la séance

Nom du client:	Intention:
----------------	------------

Fiche soin posturaux (degré de douleur sur 10)

Cou: Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Dos/Omoplates : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Hanches/Psoas : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____

Fiche auto-soin: Quels sont les points de tensions avant et après l'auto-soin?

Nom de l'étudiant : _____

Durée totale de la séance : _____	Type de soins:
Soin # 17 / 20 Date : _____	<input type="checkbox"/> Posturaux <input type="checkbox"/> Auto-soin

Décrivez brièvement l'état du client avant la séance (ex : physique, posture, émotionnel/mental, etc.)

Nom du client:	Intention:
----------------	------------

Fiche soin posturaux (degré de douleur sur 10)

Cou: Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Dos/Omoplates : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Hanches/Psoas : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____

Fiche auto-soin: Quels sont les points de tensions avant et après l'auto-soin?

Durée totale de la séance : _____	Type de soins:
Soin # 18 / 20 Date : _____	<input type="checkbox"/> Posturaux <input type="checkbox"/> Auto-soin

Décrivez brièvement l'état du client avant la séance

Nom du client:	Intention:
----------------	------------

Fiche soin posturaux (degré de douleur sur 10)

Cou: Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Dos/Omoplates : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Hanches/Psoas : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____

Fiche auto-soin: Quels sont les points de tensions avant et après l'auto-soin?

Nom de l'étudiant : _____

Durée totale de la séance : _____	Type de soins:
Soin # 19 / 20 Date : _____	<input type="checkbox"/> Posturaux <input type="checkbox"/> Auto-soin

Décrivez brièvement l'état du client avant la séance (ex : physique, posture, émotionnel/mental, etc.)

Nom du client:	Intention:
----------------	------------

Fiche soin posturaux (degré de douleur sur 10)

Cou: Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Dos/Omoplates : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Hanches/Psoas : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____

Fiche auto-soin: Quels sont les points de tensions avant et après l'auto-soin?

Durée totale de la séance : _____	Type de soins:
Soin # 20 / 20 Date : _____	<input type="checkbox"/> Posturaux <input type="checkbox"/> Auto-soin

Décrivez brièvement l'état du client avant la séance

Nom du client:	Intention:
----------------	------------

Fiche soin posturaux (degré de douleur sur 10)

Cou: Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Dos/Omoplates : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____
Hanches/Psoas : Avant __/10 Après __/10, Notes : _____

Fiche auto-soin: Quels sont les points de tensions avant et après l'auto-soin?

