

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?

| |
|-------|
| _____ |
| _____ |
| _____ |