

Visite Médicale

Non- contre-indication à la pratique de la Cryothérapie Corps Entier

Cette page est à faire remplir par votre médecin

**SEULE CETTE PAGE EST A REMETTRE A
L'OPERATEUR A VOTRE ARRIVEE AU CENTRE DE
CRYOTHERAPIE CORPS ENTIER (CCE).**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Motif justifiant la CCE :

Nom et adresse du médecin traitant :

Observation et commentaires :

Existence d'une contre-indication à la CCE (barrer la mention inutile)

OUI

NON

Cachet du médecin, date et signature :

Cryo du Mont- Blanc
cryodumontblanc@orange.fr
Tél : 06. 31. 55. 15. 22