CERTIFICATION TAO TOUCH CHI NEI TSANG

Association Chi Nei Tsang France

NOM et PRÉNOM DU PRATICIEN :

NOM du client :
Prénom :
Age :
Date du traitement :
1er traitement - 2ème traitement – 3ème traitement – 4ème traitement – 5ème traitement
(à entourer)

Contexte du client : histoire, problématique, ressentis-douleurs etc… (tout ce qui est nécessaire à la compréhension de son état physique, émotionnel)

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Description du traitement : attitude, techniques, déroulé de la séance

Observations de ce qui se passe pour le client

Recommandations faites pour l'après traitement : exercices, méditations, conseils

Ce que ce traitement m'apprend, m'enseigne