

# DÉCLARATION DU CLIENT *avant la rencontre*

Nom du/de la thérapeute

Adresse de pratique

Par la présente, je déclare que je ne présente aucun de ces symptômes :

- fièvre (> 38 °C)
- toux récente
- toux chronique exacerbée
- difficulté respiratoire
- perte d'odorat brutale sans congestion nasale avec ou sans perte de goût
- douleurs musculaires
- céphalée
- fatigue intense ou importante
- perte d'appétit
- mal de gorge ou diarrhée

Je déclare également ne pas avoir voyagé à l'intérieur des deux semaines précédentes ainsi que de ne pas avoir été en contact avec une personne atteinte de la Covid-19 ou présentant des symptômes ci-mentionnés.

En foi de quoi j'ai signé le :

Nom :

Signature :

**ANPO**

ASSOCIATION DES  
NATUROPATHES PROFESSIONNELS  
DU QUÉBEC

DEPUIS 1971 / SINCE 1971

**ANO**

ASSOCIATION DES  
NATUROTHÉRAPEUTES  
DU QUÉBEC

**RMO**

REGROUPEMENT DES  
MASSOTHÉRAPEUTES  
DU QUÉBEC