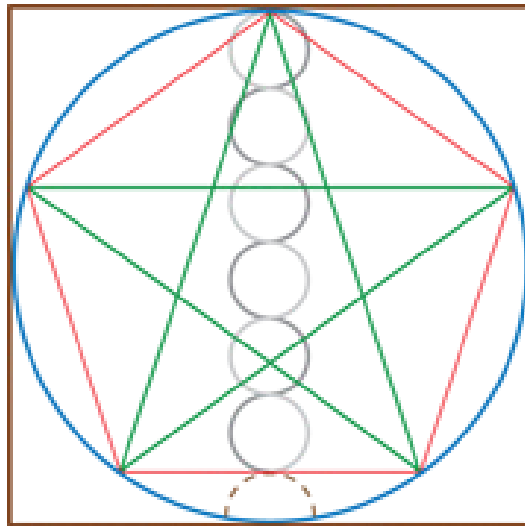


RAPPORT-SANTÉ

selon la

Néo-Naturo-Thérapie

QUESTIONNAIRE



NÉO-NATURO-THÉRAPIE



INFORMATION PERSONNELLE

Nom 1 _____ Nom 2 _____
Prénom usuel 1 _____ Prénom 2 _____ Prénom 3 _____
Adresse _____ Ville _____
Code Postal _____ B.P. _____ Pays _____
Courriel _____ Blogue _____ Site Internet _____
Date de Naissance ____ / ____ / ____ Âge ____ Heure de Naissance ____ : ____ Ville _____
Couleur Cheveux _____ Teinture Cheveux [] oui [] non Cheveux Blancs [] oui [] non
Couleur Yeux _____
Sexe: [] M [] F Poids ____ kg Taille ____ , ____ m
Célibataire [] Marié [] Date Mariage (Union) ____ / ____ / ____
Relations Précédentes : Durée ____ années Séparation (date) ____ / ____ / ____
Durée ____ années Séparation (date) ____ / ____ / ____
Sexe Conjoint(e) [] M [] F Âge Conjoint(e) ____
Contexte Conjugal _____
Emploi Conjoint(e) _____
Lunettes [] oui [] non Lentilles cornéennes [] oui [] non Depuis l'âge de _____
Tics nerveux [] oui [] non
Croyant(e) [] oui [] non Religion _____ Praticant(e) [] oui [] non Athé(e) [] oui
Enseignement religieux (à l'école) _____

INFORMATIONS FEMME

de Grossesse ____ # d'Enfant(s) ____
Fausses Couches ____ # d'Avortement ____
Première Menstruation (âge) ____ Nombre Jours Cycle Menstruel ____
Flot _____ Durée (jours) ____ Douleurs [] oui [] non

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES ET ARTISTIQUES

Diplômes Scolaires _____
Occupation Professionnelle _____ Depuis ____ ans
Emploi(s) Précédent(s) _____
Créativité(s) _____
Intérêts / Hobby(s) _____
Créativités manuelles _____
Art(s) _____

HISTORIQUE FAMILIALE

Prénom Père _____ Date Naissance ____ / ____ / ____ [] Vivant Décédé le ____ / ____ / ____

Maladies Présentes _____ Maladies Passées _____

Caractère _____

Emploi(s) _____

Prénom Mère _____ Date Naissance ____ / ____ / ____ [] Vivante Décédée le ____ / ____ / ____

Maladies Présentes _____ Maladies Passées _____

Caractère _____

Emploi(s): _____

Date Mariage ____ / ____ / ____ Date Divorce (Séparation) ____ / ____ / ____

Frères et Soeurs:

Prénom	Sexe	Date de Naissance	Maladies	Date Décès
_____	[] M [] F	____ / ____ / ____	_____	____ / ____ / ____
_____	[] M [] F	____ / ____ / ____	_____	____ / ____ / ____
_____	[] M [] F	____ / ____ / ____	_____	____ / ____ / ____
_____	[] M [] F	____ / ____ / ____	_____	____ / ____ / ____

ENFANCE

Contexte Familial à votre Naissance _____

Ambiance de l'Enfance _____

Ce que vous savez de votre Naissance (Lieu, Conditions, Témoins) _____

Naissance Naturelle [] Césarienne [] Durée de l'accouchement : _____ Poids ____ kg Taille ____ , ____ m

Allaitement (type lait) _____ Nombre de Mois ____

Première Enfance (0 à 5 ans) _____

_____ Garderie [] oui [] non

Ambiance familiale _____

Présence des grands-parents _____

Vaccinations (Liste et Réactions) _____

Maladies infantiles (Varicelle, Rougeole, Rubéole, Oreillons, Coqueluche, autres) _____

Médication (actuelle et récente) _____

Contexte Familial à l'Adolescence _____

Écoles (publique, privé, à la maison) _____

Contexte Scolaire _____

Autres Commentaires sur votre Enfance _____

Accidents (Date & Description) _____

CONSOMMATION ACTUELLE & RÉCENTE

SUBSTANCES INTOXICANTES

Tabac Régulièrement [] À l'occasion [] Non-fumeur [] **Alcool fort** Régulièrement [] À l'occasion [] Jamais []
Bière Régulièrement [] À l'occasion [] Jamais [] **Vin** Régulièrement [] À l'occasion [] Jamais []
Café Régulièrement [] À l'occasion [] Jamais [] **Chocolat** Régulièrement [] À l'occasion [] Jamais []

Attirances (énumérez 5 aliments qui vous attirent le plus et que vous consommez, incluant friandises)

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

Répugances (énumérez 4 aliments que vous ne pouvez manger)

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

Allergies Alimentaires (énumération et réactions) _____

Repas au Restaurant (par semaine) ___ # Repas Fast-food (par semaine) ___ # Livraison au domicile (par semaine) ___

Repas au Travail (apporté, restaurant, distributrice...) _____

MÉDICATION SANS Prescription (cocher soit [Présente] ou [Récente]):

[] [] Analgésique (Aspirine, Tylenol) [] [] Antiacide [] [] Antibiotique
[] [] Antihistaminique [] [] Laxatif [] [] Tranquillisant

Autres _____

MÉDICATION AVEC Prescription (Présente ou Récente)

DROGUES (cocher soit [Présente] & [Récente]) (Moyenne de consommation)

[] [] Cannabis (marijuana, haschich) _____ [] [] Chimique (cocaïne, mescaline) _____
[] [] Pilules (downers, antidépresseurs) _____ [] [] Hallucinogènes (LSD, acide, champignons) _____

Autres _____

MALADIES

Maladie(s) Présente(s) et Antérieure(s) _____

Maladies vénériennes _____ Âge _____

Opération(s) Chirurgicale(s) _____

Amygdales retirées Âge ____ Appendice retiré Âge ____

Chirurgie Esthétique (laquelle) _____

Fréquence des visites au médecin (par an) _____ Fréquence des visites à l'Urgence (par an) _____

LIEU DE RÉSIDENCE

Maison unifamiliale Maison jumelée HLM Condominium Appartement

Ville Centre-Ville Banlieue Village Autres _____

Distance résidence des parents _____ km Distance résidence des beaux-parents _____ km

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX (Maladies des Ancêtres et Cause du Décès)

Grand-Père Paternel _____

Grand-Mère Paternelle _____

Grand-Père Maternel _____

Grand-Mère Maternelle _____

Arrières-Grands-Parents Paternels _____

Arrières-Grands-Parents Maternels _____

HABITUDES ALIMENTAIRES

(Cochez tout ce que vous consommez régulièrement ou à l'occasion, laissez vide si JAMAIS consommé)

VIANDES (fois/semaine) _____

Boeuf Porc Poulet Dinde Charcuterie Autres _____

Oeufs Poissons Fruits de mer Poisson en conserve

CÉRÉALES : Riz Blé Avoine Autres _____

PRODUITS LAITIERS : Lait Beurre Yaourt Crème glacée

FROMAGES : Cheddar Pâte molle Frais Chèvre Autres _____

DESSERTS Favoris : Gâteaux Maison Gâteaux Commerce Tartes

Autres _____

Pizza Hamburger Pâtes alimentaires Mets chinois

SUCRES : Sucre blanc Sucre brun Sucre de canne Miel Aspartane Stévia

GRAS : Huile Végétale Huile Vierge Crisco Margarine Beurre d'arachides Fritures

OLÉAGINEUX : Noix Grenoble Noisettes Arachides Pistaches Autres _____

CUISSONS : Électricité Gaz Bois Micro-ondes

Repas VÉGÉTARIENS (? jours/semaine) _____ Repas CRUDIVORES (? jours/semaine) _____

HABITUDES ALIMENTAIRES (suite)

Petits-Déjeuners (énumérez les 4 plus courants; **soulignez** le plus fréquent; **encerclez** le favori)

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

Heure Petit-déjeuner en Semaine __ : __ Heure Petit-déjeuner Week-end: __ : __ Heure du souper __ : __

Dépendances (énumérez les 4 plus courantes)

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

HYGIÈNE DE VIE

EXERCICES physiques [] Yoga [] Jogging [] Natation [] Marche [] Vélo [] Aérobique [] Musculation

Autres _____

Durée (par session) _____ Fréquence (par semaine) _____

[] Sauna / Bain de vapeur (fréquence mensuelle) _____

[] Jeûnes (fréquence annuelle) _____

[] Irrigation du colon (fréquence annuelle) _____

[] Bain de siège froid (fréquence mensuelle) _____

[] Bain chaud (fréquence mensuelle) _____ [] Douche (fréquence hebdomadaire) _____

[] Brossage de dents (fréquence quotidienne) _____ [] Brossage de peau (fréquence hebdomadaire) _____

[] Nettoyage de dents chez Dentiste (fréquence annuelle) _____ [] Soie dentaire (fréquence hebdomadaire) _____

État des dents _____ Nb de Dents _____ Nb de Amalgames (nombre & type) _____

Couleur des dents _____ Prothèse dentaire: [] oui [] non

Coiffure (coiffeur, permanente...) _____ Longueur des cheveux _____

Type SAVON Corps _____ Type Shampoing Cheveux _____

Déodorant (marque et fréquence) _____

Vêtements : [] Fibres Naturelles [] Fibres Synthétiques Bas de Nylon [] oui [] non

COUCHER : Quelle heure en semaine __ : __ ? heure week-end __ : __ Pyjama [] oui [] non

Côté du lit (si en couple) [] gauche [] droit [] variable Aération (fenêtre(s) ouvertes ou fermées) _____

Matelas : [] ressorts [] latex [] eau [] pneumatique Autre _____

Murs (objets suspendus) _____

Prises électriques/Tête du Lit [] oui [] non Orientation du Lit : [] Nord [] Sud [] Est [] Ouest

Appétit [] bon [] mauvais

Nombre de Repas / jour _____ Repas devant le Téléviseur/Ordinateur [] oui [] non [] parfois

RAISONS DE VOTRE INVESTISSEMENT DANS INFO-SANTÉ de la N-N-T

Depuis quand êtes-vous malade ? _____

Qu'est-ce qui vous fait le plus souffrir ? (où souffrez-vous) _____

À quelle cause attribuez-vous votre maladie? _____

SYMPTÔMES ACTUELS OU RÉCENTS

Veillez inscrire les cinq symptômes (ou plus) par ordre d'importance

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

ALLERGIES ACTUELLES OU RÉCENTES

Veillez inscrire les quatre allergies (ou plus) par ordre d'importance

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

CONSULTATIONS MÉDICALES

Veillez inscrire les dernières consultations médicales par ordre chronologique (*type de médecin/spécialiste, raison, diagnostic, analyses, prescriptions, traitements, etc.*)

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ

Veillez parcourir attentivement les pages suivantes et inscrire selon le code suivant :

- [1] Pour indiquer les symptômes bénins (qui apparaissent une ou deux fois par année)**
- [2] Pour indiquer les symptômes plus sérieux (qui apparaissent plusieurs fois par année)**
- [3] Pour les symptômes graves (ceux que vous ressentez presque continuellement)**
- [] Ne rien n'inscrire si ne s'applique pas ou jamais**

ALIMENTATION

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diminution de la tolérance pour le sucre | <input type="checkbox"/> Désir exagéré pour les sucreries |
| <input type="checkbox"/> Difficulté à avaler | <input type="checkbox"/> Mange souvent |
| <input type="checkbox"/> Étouffe facilement | <input type="checkbox"/> Appétit excessif / Boulimie |
| <input type="checkbox"/> La faim vous rend nerveux | <input type="checkbox"/> La faim cause des douleurs ou une faiblesse |
| <input type="checkbox"/> Augmentation de l'appétit | <input type="checkbox"/> Grand désir (impérieux) de sucre (après-midi) |
| <input type="checkbox"/> Impossible de gagner du poids | <input type="checkbox"/> Manque d'appétit pour la viande |
| <input type="checkbox"/> Diminution de l'appétit | <input type="checkbox"/> Besoin de sel |
| <input type="checkbox"/> Anorexie | <input type="checkbox"/> Gain de poids facile |
| <input type="checkbox"/> Sensation de faiblesse si retard de manger | <input type="checkbox"/> Désir ardent de sucreries |
| <input type="checkbox"/> Soif anormale | <input type="checkbox"/> Diminution de l'appétit |

DIGESTION

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Indigestion suivant tôt après les repas (rôts acides, brûlements d'estomac) | <input type="checkbox"/> Palpitations du coeur si vous manquez ou retardez les repas |
| <input type="checkbox"/> Hoquet | <input type="checkbox"/> Fréquents malaises acides /amers de l'estomac |
| <input type="checkbox"/> Rôts | <input type="checkbox"/> Estomac ballonné après avoir mangé |
| <input type="checkbox"/> Digestion nerveuse | <input type="checkbox"/> Troubles intestinaux |
| <input type="checkbox"/> Malaises si vous mangez trop de sucre | <input type="checkbox"/> Flatulences |
| <input type="checkbox"/> Accélération du pouls après les repas | <input type="checkbox"/> Sensation de faim entre les repas |
| <input type="checkbox"/> Indigestion des aliments acides | <input type="checkbox"/> Emploi répété de laxatifs |
| <input type="checkbox"/> Mauvaise digestion des aliments gras | <input type="checkbox"/> Malaises causés par des produits laitiers |
| <input type="checkbox"/> Indigestion 1/2 à 1 heure après les repas | <input type="checkbox"/> Sensation de brûlure à l'estomac qui disparaît après avoir mangé |
| <input type="checkbox"/> Indigestion 3 à 4 heures après les repas | <input type="checkbox"/> Vomissements |
| <input type="checkbox"/> Digère trop vite | |

RÉACTIONS CUTANÉES

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acné | <input type="checkbox"/> Circulation lente |
| <input type="checkbox"/> Chair de poule fréquente | <input type="checkbox"/> Sécheresse de la peau |
| <input type="checkbox"/> Cellulite, peau d'orange | <input type="checkbox"/> Sensible au froid |
| <input type="checkbox"/> Démangeaisons de la peau et des pieds | <input type="checkbox"/> Sensible à la chaleur |
| <input type="checkbox"/> Fréquentes éruptions de la peau | <input type="checkbox"/> Ongles fragiles et striés |
| <input type="checkbox"/> Cicatrisation lente des blessures | <input type="checkbox"/> Taches brunes ou brunissement de la peau |
| <input type="checkbox"/> Paupières enflées et bouffies | <input type="checkbox"/> Transpiration pour un rien |
| <input type="checkbox"/> Peau mince et moite | <input type="checkbox"/> Transpiration rare |
| <input type="checkbox"/> Augmentation de la transpiration | <input type="checkbox"/> La peau de la plante des pieds pèle |
| <input type="checkbox"/> Sueurs froides fréquentes | <input type="checkbox"/> Pousse des poils sur figure et corps (femme) |
| <input type="checkbox"/> La fièvre s'élève pour un rien | <input type="checkbox"/> Peau sèche ou elle s'écaille |
| <input type="checkbox"/> Sujet à des rougeurs pustuleuses (acné) | <input type="checkbox"/> Transpiration malodorante |

ÉVACUATIONS

- Selles nauséabondes (mauvaise odeur)
- Selles tantôt molles, tantôt liquides
- Vomissements fréquents
- Diminution du taux de l'urine
- Difficulté à uriner
- Goût métallique et amer le matin
- Rots, éructations
- Toux
- Toux rauque
- Urine foncée
- Uriner fréquemment
- Selles pâles
- Constipation
- Gaz peu de temps après avoir mangé
- Éternuements (crises)
- Affection rénale (oedème)

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1] une ou deux fois par année |
| <input type="checkbox"/> 2] plusieurs fois par année |
| <input type="checkbox"/> 3] presque continuellement |
| <input type="checkbox"/>] ne s'applique pas ou jamais |

- Gaz dans le gros intestin plusieurs heures après avoir mangé
- Constipation et diarrhée alternent
- Gonflement intestinal
- Sucre dans l'urine mais sans diabète
- Hémorroïdes
- Pertes blanches (femme)
- Démangeaisons de la peau
- Pellicules
- Démangeaisons du cuir chevelu

SYMPTÔMES DU SEXE MASCULIN

- Troubles de la prostate
- Urine difficilement ou goutte à goutte
- Urine fréquemment la nuit
- Mélancolie
- Douleurs aux jambes et aux talons
- Sensation évacuation incomplète de l'intestin
- Manque d'énergie

- Douleurs changeant de place ou radiantes
- Fatigue à un rien
- Craint l'effort
- Tic nerveux de la jambe durant la nuit
- Sang dans l'urine
- Faible appétit sexuel
- Problème érectile / Impuissance

SYMPTÔMES DU SEXE FÉMININ

- Fatigue à rien
- Tension nerveuse avant les règles
- Règles douloureuses
- Sensation déprimante avant les règles
- Règles excessives et prolongées
- Seins douloureux
- Règles trop fréquentes

- Pertes vaginales
- Ménopause post opératoire
- Bouffée de chaleur de la ménopause
- Règles peu abondantes ou irrégulières
- Acné, plus prononcée au temps des règles
- Mélancolie de longue durée
- Infertilité

RÉACTIONS DU CORPS

Tête

- Spasme du gosier
- Bâillement l'après-midi
- Langue chargée
- Difficulté à avaler
- Bruits dans la tête et tintement d'oreilles
- Acouphène
- Surdité
- Otites
- Enrouement
- Ronflement
- Congestion nasale ou sinusite
- Saignements fréquents du nez
- Les yeux pleurent et le nez coule
-  tourdissements

Yeux

- Vision troubl e
- Yeux enflés au lever
- Sensation de brûlure aux yeux
- Clignotement fréquent des yeux
- Clignotement des yeux si regard fixe

Coeur

- Pouls lent et irrégulier
- Palpitations du coeur
- Forts battements du coeur au repos
- Augmentation de la pression sanguine

Corps

- Un effort produit une respiration courte
- Douleur dans la poitrine
- Serrements dans la poitrine (plus à l'exercice)
- Respiration irréguliere
- Crampes d'estomac et « papillons »

Membres

- Crampes musculaires
- Extrémités froides
- Mains moites
- Vous vous blessez facilement laissant des marques bleues
- Enflure des chevilles
- Gain de poids aux hanches et à la taille
- Abdominaux flasques
- Migraines l'après-midi

- [1] une ou deux fois par année
- [2] plusieurs fois par année
- [3] presque continuellement
- [] ne s'applique pas ou jamais

- Sécheresse de la bouche, du nez, des yeux
- Chute marquée des cheveux
-  coulement d'oreilles
- Bourdonnement d'oreilles
- Le cheveu est dru et tombe
- Souvent enrou 
- Bouffées de chaleur
- Gencives saignantes
- Ger ures aux lèvres
- Extinctions de voix

- Irritation par une lumière brillante
- Contractions spasmodiques des paupières
- Yeux larmoyants
- Pleurer facilement et souvent

- Basse pression sanguine
- Au repos, le pouls est rapide
- Pouls lent (moins de 65)

- Soupirs fréquents, « soif d'air »
- Intolérance à la chaleur
- Incommodit  à haute altitude
- Besoin d'ouvrir la fenêtre
- Arthrite, Douleurs rhumatismales

- Engourdissement pieds ou mains pour un rien
- Enclin à l'arthrite
- Déformation des doigts
- Sensation de brûlure aux pieds
- Bursite, Tendinite
- Cheville douloureuse
- Corps aux orteils
- Corne sous les pieds
- Ongle incarné

MALAISES

- Sujet aux rhumes**
- Sujet à l'asthme**
- Mal de dent**
- Mal de gorge**
- Sujet aux bronchites et aux pneumonies**
- Selles douloureuses ou difficiles**
- Sujet aux rhumes et à la fièvre**
- Colite de la muqueuse (inflammation)**
- Enclin à l'anémie (fatigue)**
- Tendance aux ulcères et à la colite**
- Mal de tête lancinant**
- Douleurs au centre des épaules**
- Maux de dos**
- Sciatique**
- Allergies**
- Douleurs névralgiques**
- Attaques chroniques de la vésicule biliaires et de calculs**
- Troubles respiratoires**
- Étourdissements**
- Évanouissements**
- Mauvaise haleine**
- Troubles de l'ouïe**
- Otites fréquentes**
- Sensible à la chaleur du temps**
- Démangeaison et sensation de brûlure à l'anus**
- Pauvre circulation**
- Migraines**
- Absence de la menstruation (adolescente)**
- Troubles menstruels**

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> [1] une ou deux fois par année<input type="checkbox"/> [2] plusieurs fois par année<input type="checkbox"/> [3] presque continuellement<input type="checkbox"/> [] ne s'applique pas ou jamais |
|---|

COMPORTEMENT

- Incapable de vous calmer après une excitation**
- La nervosité vous porte à manger**
- Vous ressentez de la mélancolie, de la dépression. Vous avez les "bleus"**
- Bilieux**
- Nervosité**
- Mental éveillé, alerte, vif**
- Tendances masculines chez la femme**
- Très émotif**
- Rougit facilement (timidité)**
- Vous êtes irritable avant les repas**
- Lente réaction nerveuse**
- Tremblements internes**

- Tremblements involontaires des jambes (assis)
- Désir sexuel accru
- Dépressif
- Maniaco-Dépressif
- Désir sexuel diminué (perte libido)
- Irritable et nerveux
- Tendance à la culpabilité
- Peur/Phobie
- Tendance à la tristesse
- Anxieux
- Obsessions
- Stressé

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> [1] une ou deux fois par année |
| <input type="checkbox"/> [2] plusieurs fois par année |
| <input type="checkbox"/> [3] presque continuellement |
| <input type="checkbox"/> [] ne s'applique pas ou jamais |

SOMMEIL

- Coucher tardif
- Coucher tôt
- Raideurs des articulations au lever
- Vous vous endormez souvent durant le jour
- Fatigue à rien
- Insomnie
- Rêves, cauchemards
- Sueurs nocturnes
- Maux de tête au lever et disparaissent durant le jour
- Vous vous éveillez après quelques heures de sommeil
- Difficile de vous rendormir
- Dormir toujours du même côté, même position
- Réveils difficiles

TRAVAIL

- Ne peut travailler sous pression
- Réflexe lent
- Initiative moins grande
- Perte de mémoire
- Paresse mentale
- Faiblesse, étourdissements
- Fatigue à l'état chronique
- Épuisement musculaire et nerveux
- Faible créativité
- Manque de leadership
- Soucis, insécurité
- Patron autoritaire
- Surveillance accrue
- Travail ennuyant
- Travail routinier

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ

• Imprimez le questionnaire (feuilles format A4).

Remplissez attentivement tout le questionnaire. Relisez-vous.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter par courriel :

infosante@peupleconscient.com

Une fois le questionnaire rempli, vous pouvez me le faire parvenir de quatre façons :

- 1- **(CE QUI EST PRÉFÉRABLE)** Si vous possédez Acrobat Pro ou un autre éditeur de PDF, vous pouvez écrire les réponses directement dans le document PDF et nous le faire parvenir par courriel.
- 2- Par la **poste** à : **INFO-SANTÉ, Apartado #929-8000, Pérez Zeledón, Costa Rica**
Nous en aviser par courriel.
- 3- Prendre les pages individuellement en photo (**caméra numérique**) et nous faire parvenir les 12 images par courriel : infosante@peupleconscient.com
- 4- Numériser les 12 premières pages (**numériseur/scanneur**) et nous envoyer les images en attachement d'un courriel.

Faites-moi parvenir également au moins une PHOTO RÉCENTE de vous.

Préférentiellement trois:

- 1- de face plein pied
- 2- de côté plein pied
- 3- tête (visage) - en couleurs

**POSTEZ LA SOMME DE 100€ ou 100\$US
à l'adresse ci-haut.**

Vous recevrez dans les jours suivant la réception un document personnel d'une trentaine de pages : des précisions sur la nature de vos malaises actuels et passés.

Toutes les informations demeurent strictement confidentielles.

Une seule personne accédera à votre dossier.

www.peupleconscient.com/neo-naturo-therapie
