

Votre LOGO
ICI



SEANCES SHIATSU PAR UN PROFESSIONNEL

| | | | |
|----------------------------------|--|-----------------------------|--|
| Lieu de la formation | | Date de la formation | |
| Nom du référent formation | | | |

NOM PRENOM du candidat :

| NOMBRE DE SHIATSU | DATE - NOM PRENOM | SIGNATURE/TAMPON | Remarques constructives après avoir reçu la séance |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|---|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |