



## QUESTIONNAIRE PRE-FORMATION

**Nom et Prénom :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_\_\_\_ **Tél. :** \_\_\_\_\_ **Mail :** \_\_\_\_\_

1. **Quels sont vos objectifs professionnels pour la pratique du Shiatsu ou/et Do In ?**

---

---

---

---

2. **Quelles sont vos expériences et compétences dans le domaine du Shiatsu et/ou Do In ?**

---

---

---

3. **Décrivez votre état de santé global, physiologique et physique ?**

---

---

---

---

4. **Avez-vous des demandes spécifiques à formuler ?**

---

---

---

---

5. **Vous vous sentez prêt à suivre la formation Shiatsu Traditionnel ou Do In. Quand envisagez-vous de démarrer la formation ?**

---

---

A \_\_\_\_\_, le

Signature du stagiaire

Signature de l'organisme de formation