

## FORMULAIRE POUR CREATION PERSONNALISEES

### INFORMATIONS PERSONNELLES :

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

### CE QUE JE PEUX FAIRE POUR VOUS AIDER ?

Pourquoi me contactez-vous ? Pour quelles problématiques ?

Physiques :

Psychologiques:

**Vous trouverez au verso des exemples de mots, de maux qui peuvent vous aider**



**Si vous avez besoin je vous mets des cases à cocher ci-dessous, si vous vous reconnaissez dans certains mots ou maux :**

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abandon                 | <input type="checkbox"/> Addiction                 | <input type="checkbox"/> Agitation               | <input type="checkbox"/> Agressivité              |
| <input type="checkbox"/> Allergies               | <input type="checkbox"/> Aller de l'avant          | <input type="checkbox"/> Amour de soi            | <input type="checkbox"/> Autorité                 |
| <input type="checkbox"/> Anémie                  | <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire        | <input type="checkbox"/> Anxiété                 | <input type="checkbox"/> Angoisse                 |
| <input type="checkbox"/> Anorexie                | <input type="checkbox"/> Asthme                    | <input type="checkbox"/> Blessures               | <input type="checkbox"/> Borné                    |
| <input type="checkbox"/> Bouleversé              | <input type="checkbox"/> Bouffée de chaleur        | <input type="checkbox"/> Carences                | <input type="checkbox"/> Cauchemars               |
| <input type="checkbox"/> Chagrin                 | <input type="checkbox"/> Cholestérol               | <input type="checkbox"/> Circulation Sanguine    | <input type="checkbox"/> Complexé                 |
| <input type="checkbox"/> Courage                 | <input type="checkbox"/> Colère                    | <input type="checkbox"/> Concentration           | <input type="checkbox"/> Confiance en soi         |
| <input type="checkbox"/> Culpabilité             | <input type="checkbox"/> Découragement             | <input type="checkbox"/> Détachement du passé    | <input type="checkbox"/> Deuil                    |
| <input type="checkbox"/> Dépression              | <input type="checkbox"/> Dévalorisation            | <input type="checkbox"/> Diabète                 | <input type="checkbox"/> Difficultés financières  |
| <input type="checkbox"/> Douleur articulaire     | <input type="checkbox"/> Douleurs cervicales       | <input type="checkbox"/> Douleurs musculaires    | <input type="checkbox"/> Douleurs physiques       |
| <input type="checkbox"/> Doutes                  | <input type="checkbox"/> Eczéma                    | <input type="checkbox"/> Épuisement              | <input type="checkbox"/> Épilepsie                |
| <input type="checkbox"/> Extraverti              | <input type="checkbox"/> Fatigue                   | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie            | <input type="checkbox"/> Furoncles                |
| <input type="checkbox"/> Frustration             | <input type="checkbox"/> Glaucome                  | <input type="checkbox"/> Hallucinations          | <input type="checkbox"/> Hémorroïdes              |
| <input type="checkbox"/> Hyperactivité           | <input type="checkbox"/> Hypersensibilité          | <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Inflammation             |
| <input type="checkbox"/> Insomnies               | <input type="checkbox"/> Irritabilité              | <input type="checkbox"/> Jalousie                | <input type="checkbox"/> Manque d'affection       |
| <input type="checkbox"/> Manque d'amour          | <input type="checkbox"/> Manque d'émotion          | <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn        | <input type="checkbox"/> Maux de tête             |
| <input type="checkbox"/> Mémoire                 | <input type="checkbox"/> Motivation ( Dynamisme )  | <input type="checkbox"/> Nausée                  | <input type="checkbox"/> Nervosité                |
| <input type="checkbox"/> Obésité/Perte de poids  | <input type="checkbox"/> Optimisme (Positivité)    | <input type="checkbox"/> Ostéoporose             | <input type="checkbox"/> Paix intérieure          |
| <input type="checkbox"/> Patience                | <input type="checkbox"/> Pessimisme                | <input type="checkbox"/> Peur                    | <input type="checkbox"/> Phobie                   |
| <input type="checkbox"/> Piqûres                 | <input type="checkbox"/> Problèmes d'articulations | <input type="checkbox"/> Problèmes alimentaires  | <input type="checkbox"/> Problèmes de bouche      |
| <input type="checkbox"/> Problème communication  | <input type="checkbox"/> Problèmes d'estomac       | <input type="checkbox"/> Problèmes de dos        | <input type="checkbox"/> Problèmes gynécologiques |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de foie       | <input type="checkbox"/> Problèmes ORL             | <input type="checkbox"/> Problèmes de libido     | <input type="checkbox"/> Problèmes de peaux       |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de transit    | <input type="checkbox"/> Problèmes de sommeil      | <input type="checkbox"/> Rhumatismes             | <input type="checkbox"/> Sentiment d'ennui        |
| <input type="checkbox"/> Sentiment d'infériorité | <input type="checkbox"/> Stress                    | <input type="checkbox"/> Timidité                | <input type="checkbox"/> Thyroïde                 |

**Retournez-moi votre formulaire par mail : [marionCpierres@outlook.fr](mailto:marionCpierres@outlook.fr) ou sur mon site internet <https://marionCpierres.fr> et je vous ferais une proposition de produit(s) adapté(s) à vos besoins.**



Expliquez-moi un petit peu votre vie, vos problématiques, votre demande :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Les informations, conversations, entretiens individuelles resteront totalement confidentiel et toutes fiches sont en sécurité. Aucune informations personnelles vous concernant ne seront diffusées.**