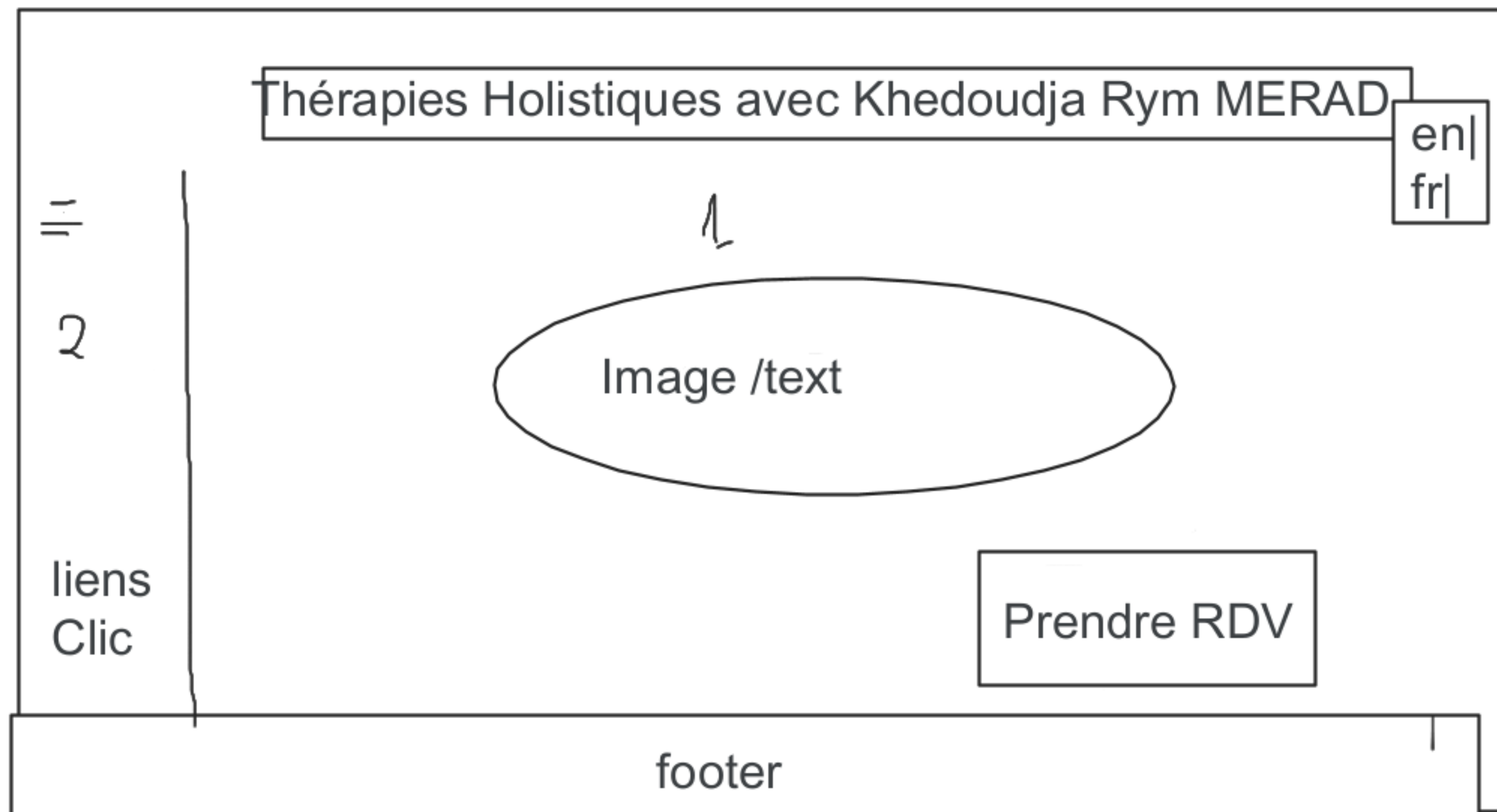
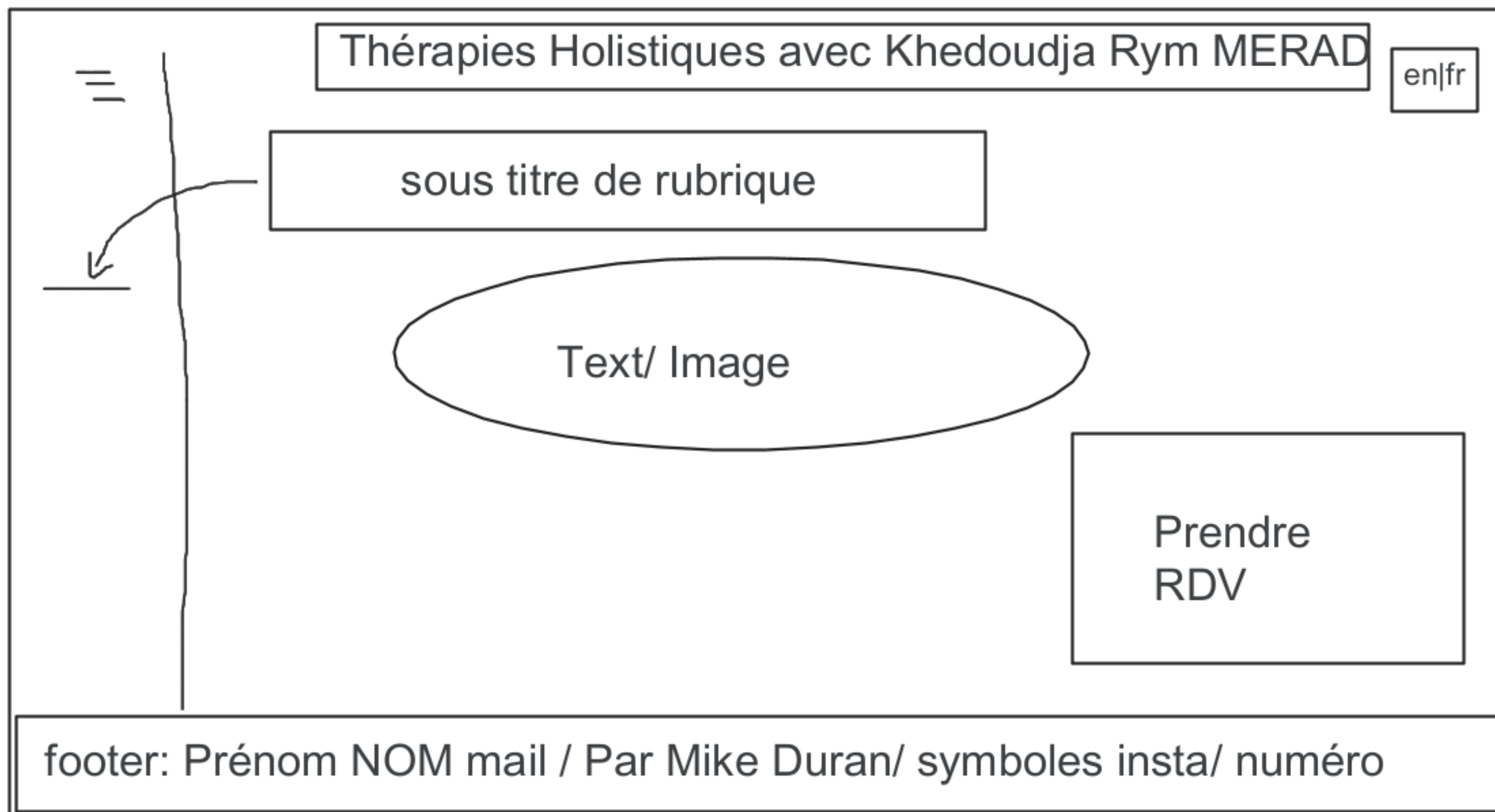


Site





## Prendre Contact

Nom\*

Prénom\*

\* obligatoire

Date de naissance\*

Adresse\*

check box\_1\* (médecin traitant?)

check box\_2\* (Psychologue/ psychiatre?)

check box\_3\* (Opérations?)

check box\_4\* (Piercings/tatouages?)

check box\_5\* (Pacemaker?)

check box\_6\* (Maladies chroniques?)

Demande (peut être vide)

check box lu  
approuvé

envoyer

Puis revenir à la page  
d'accueil

BDD (Table Client)    colonnes

ID    Id	Nom    txt	Prénom txt	Date Naiss Date	Medecin    bool
Psy    Bool	Pacemaker Bool	Tatouages Bool	Piercings Bool	Opérations Bool
Traitements Bool				

BDD (Soins complet)

Id soin id	Soin txt		

Soin complet (Table complet)

id demande id	id client id	Id soin id	terminé ou pas bool	

