

FORMULAIRE DE RENONCIATION / DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉS

CONSCIENCE DES RISQUES

- Je reconnais que les cours offerts par **Sandy Labrecque & Mana, Santé Holistique inc.** sont limités à l'enseignement de base du yoga, les techniques de respiration et la mise en forme (fitness, course, natation, vélo, préparation physique et mentale).
- Tout soin thérapeutique offert est en votre propre gré.
- Je reconnais qu'il existe des risques associés à la participation aux cours proposés par **Sandy Labrecque & Mana, Santé Holistique inc.**
- Je me suis informé(e) et comprend les risques associés à ma participation à ces cours et à mon utilisation de leurs installations, incluant le risque de blessure personnelle, et j'accepte librement ces risques.
- Je reconnais que je suis libre de réduire ou de ne plus participer aux activités offertes par **Sandy Labrecque & Mana, Santé Holistique inc.** à tout moment.
- Je n'ai pas connaissance d'aucune condition médicale qui pourrait affecter ma possibilité à participer aux cours offerts par **Sandy Labrecque & Mana, Santé Holistique inc.**

Si j'ai des inquiétudes par rapport à ma condition médicale, j'irai consulter un médecin avant de participer aux cours offerts par **Sandy Labrecque & Mana, Santé Holistique inc.**

DÉSENGAGEMENT

En contrepartie de l'acceptation de mon inscription aux cours offerts par **Sandy Labrecque & Mana, Santé Holistique inc.**, je, soussigné, pour moi, mes héritiers, exécuteurs, administrateurs, ou toute autre personne qui peut réclamer en mon nom, je promets de ne pas poursuivre, et donc renonce et libère **Sandy Labrecque & Mana, Santé Holistique inc.** et toute personne agissant en son nom, de toute revendication de responsabilité pour les dommages corporels, maladie, perte de vie ou de biens, dommages de toute nature que ce soit, découlant de ou survenus au cours de ma participation aux cours offerts ou parrainés par **Sandy Labrecque & Mana, Santé Holistique inc.** ou des événements à l'intérieur et hors des locaux réguliers.

Cette renonciation et décharge s'applique à toutes les demandes, prévues ou imprévues, y compris la négligence et le manquement à une obligation légale (y compris celle due en vertu de la Loi sur la responsabilité des occupants).

Je reconnais que **Sandy Labrecque & Mana, Santé Holistique inc.** n'est pas responsable de la perte, dommages, utilisation frauduleuse, vol ou blessure à toute personne ou biens que j'amène avec moi sur les lieux.

Je reconnais que cette entente de désengagement a pour but d'être la plus large et inclusive possible, telle qu'autorisée par la loi.

Je suis responsable de cesser toute activité physique si je vois que ma condition ne me permet pas de poursuivre, et ce, sans remboursement comme je m'inscris en tout consentement libre et éclairé. Je reconnais que courir et marcher, sous toutes ses formes, peuvent représenter des risques de blessures. Je confirme que le formulaire santé rempli est valide.

Je renonce à engager quelque action que ce soit contre **Sandy Labrecque & Mana, Santé Holistique inc** si je dois subir des blessures ou autres dommages pendant et après les activités offertes.

J'ai lu attentivement ce document et reconnais que j'ai la connaissance et compréhension de son contenu. Je reconnais qu'en signant ce document, je renonce à certains droits légaux, y compris le droit d'intenter des poursuites. Je signe le présent document volontairement. (Toute disposition déclarée invalide ou inapplicable par un tribunal ne doit pas affecter la validité ou le caractère exécutoire de toute autre disposition.)

INFORMATIONS PERSONNELLES

(Toute information fournie est CONFIDENTIEL, SECRET PROFESSIONNEL ASSURÉ)

Nom	
Adresse électronique (infolettre)	
Téléphone	
Rue	Ville Prov. Code postal
Date de naissance (JJ-MM-AA)	
Âge & Profession :	

Comment avez-vous entendu parler de nous? _____

Avez-vous une couverture d'assurance? _____

Médecin traitant (Nom, Téléphone, Clinique, spécialité) : _____

Date du dernier examen médical : _____

Consultez-vous d'autres professionnels de la santé, écrire nom si oui ?

- Chiro
- Physio
- Naturopathe
- Ostéopathe
- Autre

Quelle est votre principale préoccupation? _____

Raison de consultation/Problèmes de santé _____

Antécédents familiaux :

Opérations/maladies antérieures majeures (incluez les dates) : _____

Accidents majeurs (incluez les dates) : _____

Médicaments actuels _____

Allergies/Hypersensibilités _____

Liste d'Antécédents médicaux (cocher / encerclez ce qui vous concerne)

- Santé Mentale (trble mémoire, Psychose, dépression, bipolarité, TPL, Schizophrénie)
- Quel est votre état de santé en général? _____
- Stress/Anxiété/Nervosité /Maux de tête/migraines
- Troubles neurologiques (Engourdissement/picotement, Sclérose en plaques, épilepsie, sensation choc électrique _____)
- Peau (Éruptions cutanées, Sècheresse, Acné, Psoriasis, Eczéma, Candidose, infections fongique, Pied d'athlète, Verrues)
Cancer de la peau Prédiposition aux ecchymoses
- Infections _____, (Hépatite Tuberculose VIH/SIDA Herpes)
- Respiratoire (Toux chronique Bronchite, Asthme, Insuffisance respiratoire, Emphysème)
- Douleur articulaire/musculaire/Fibromyalgie :

Mâchoire, Cou _____
Épaules, Bras, Mains _____
Haut du dos, Milieu du dos, Bas du dos _____
Hanches, Jambes, Genoux, Pieds _____
- Trble Articulare (Arthrite / Antécédents familiaux d'arthrite etc.) _____
- Trble métabolique : Diabète, Hypo/Hyperglycémie, Problèmes thyroïde, Cholestérol élevé, Cancer _____)
- Trble cardiaque, HTA, hypotension, insuffisance cardiaque, DRS, Infarctus, Anévrisme, Évanouissement/étourdissement, AVC, Souffle cardiaque Pacemaker)
- Trble circulatoire (lymphatique; Gonflement des chevilles, Mains/pieds froids. Mauvaise circulation Pieds, Varices/Phlébite)
- Trble osseux (Ostéoporose, Fracture Ancienne : _____)
- Trble Gastro-intestinal (manque/excès d'appétit Soif excessive Gaz/ballonements Colite, Maladie de Cohn, Constipation Diarrhée Nausée/vomissement Ulcère _____, Crampes abdominales Problèmes de vésicule biliaire Problèmes hépatiques)
- Trble Gynéco _____, infection _____, trble prostate, dlr aux seins
- Combien d'enfants? _____, Type accouchement et particularités _____
- Enceinte? _____ nbre de sem _____
- durée et type des menstruations _____
- Trble urinaire, infections urinaire fréquentes
- Chirurgies _____
- Implants artificiels/broches/plaque: _____
- ORL (gorge, oreilles, otites, Difficulté à entendre, Prothèse auditive, Congestion nasale/sinusite, Allergies/hypersensibilité environnementale et saisonnière, type de réaction _____)
- Problèmes de vision, dernier examen vision _____
- Problèmes dentaires, dernier examen dentaire _____

Mode de vie

- O Exercice régulier / activité physique _____
- O Huit heures de sommeil : __H/nuit, difficulté à dormir/fatigue
- O Type alimentation _____
- O Appétit _____ Qte eau consommé/jour _____ L/jr, Alcool : _____ conso/sem, type alcool _____
- O Usage drogues _____ conso/sem _____

Soin thérapeutique (Veuillez lire et signer) :

- Je certifie qu'à ma connaissance les informations que j'ai fournies sont vraies et complètes. Les informations fournies sur ce formulaire sont confidentielles. Elles ne seront pas diffusées sans mon consentement écrit.
- Le/la thérapeute peut mettre fin au traitement en tout temps en raison d'un comportement inapproprié. Je consens à une évaluation de santé et à un traitement thérapeutique.
- J'autorise **Mana, Santé Holistique et Sandy Labrecque**, à contacter mon médecin ou un autre professionnel des soins de santé, si nécessaire, pour un traitement avec consentement. J'autorise le transfert de dossier de santé au besoin.
- Je comprends que toutes les sessions incluent un laps de temps au début pour évaluer ma santé et pour me changer. Porter des vêtements amples et confortables ou sous-vêtements. Aucune nudité tolérée.
- Je comprends qu'un préavis de 72 heures est obligatoire pour reporter un rendez-vous; au cas contraire, j'aurai à payer la totalité des frais qui s'y rapportent (Annulation : 40\$, retard : facturé selon le temps de retard)

Je, _____, accepte les termes ci-dessus.

Signature: _____

Tuteur légal(-18ans): _____

Date: _____

Contact d'urgence: _____ Téléphone: _____