

INFORMATIONS RELATIVES À VOTRE ACCOMPAGNEMENT

SOPHROLOGIE & HYPNOSE À VISÉE DE BIEN-ÊTRE

Votre professionnelle de la sophrologie et de l'hypnose
vous accompagne vers le mieux-être et le bien-être.

**Elle ne fait pas partie du corps médical et n'intervient pas
dans vos prescriptions médicales.**

En cas de symptômes de maladie, consultez un médecin.

1. VOS COORDONNÉES

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / / TÉLÉPHONE :

ADRESSE :

E-MAIL :

JE CHOISIS L'ACCOMPAGNEMENT SUIVANT : ☐ Sophrologie ☐ Hypnose ☐ Sophrologie & Hypnose

SI VOUS ÊTES MINEUR(E) : REPRÉSENTANT LÉGAL OU TUTEUR

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / / TÉLÉPHONE :

ADRESSE :

E-MAIL :

Le jeune (s'il est capable de comprendre) déclare être informé et être d'accord
pour bénéficier de cet accompagnement.

Signature du jeune :

2. INFORMATIONS, SANTÉ & PRÉCAUTIONS IMPORTANTES

- Je suis sophrologue et hypnothérapeute. Mes accompagnements visent le mieux-être et le développement de vos ressources.
- Je n'établis aucun diagnostic, ne prescris aucun traitement et n'interviens pas dans vos prescriptions médicales.
- Si un traitement médical vous a été prescrit, vous vous engagez à le poursuivre et à ne jamais le modifier ou l'interrompre sans l'avis du professionnel de santé qui le suit. Informez-le de votre démarche d'accompagnement.
- Je me réserve le droit de refuser, de différer ou d'interrompre un accompagnement et de vous orienter vers un professionnel de santé si je considère que votre situation dépasse le champ de mes compétences.

Situations nécessitant des précautions particulières :

Les accompagnements en sophrologie et en hypnose à visée de bien-être sont déconseillés ou ne peuvent être envisagés que dans un état stabilisé et dans un cadre pluridisciplinaire, après avis préalable d'un médecin/psychiatre. Cela concerne notamment :

- | | | |
|--|--|---|
| • Psychoses (schizophrénies, psychoses hallucinatoires chroniques, bouffées délirantes aiguës, psychoses puerpérales...) | • Troubles bipolaires | • Troubles dissociatifs de l'identité |
| • États limites | • Dépression grave | • Dysphorie de genre |
| • TOC sévères | • Mélancolie | • Aux addictions comportementales et aux troubles du comportement alimentaire |
| | • Troubles sévères du comportement liés notamment aux addictions (alcool, drogues, médicaments...) | |



En cas de risques suicidaires, cette situation relève d'une prise en charge médicale/psychiatrique immédiate.

- Je m'engage à signaler au professionnel toute pathologie diagnostiquée, tout suivi médical ou psychiatrique en cours et tout traitement susceptible d'être pertinent pour l'accompagnement.

Suite au verso →

SARAH DOLAIS

Sophrologue & Hypnothérapeute



3. CADRE DE L'ACCOMPAGNEMENT & PROTECTION DES DONNÉES

Objectif & nature de l'accompagnement

Les séances ont pour objectif votre mieux-être et votre développement personnel.

L'accompagnement est soumis à une obligation de moyens et non de résultat.

Tarifs & Conditions Générales de Vente

Les tarifs des séances ainsi que l'ensemble des Conditions Générales de Vente sont consultables sur mon site internet

J'atteste en avoir pris connaissance.

Confidentialité

Tout ce qui est partagé en séance demeure confidentiel,
dans le respect du secret professionnel (sauf exceptions légales).

Protection des données personnelles (RGPD)

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD),
vos données personnelles et informations de santé que vous me communiquez
sont traitées de manière confidentielle et sécurisée.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression,
d'opposition et de limitation. Vous pouvez exercer vos droits à tout moment
en me contactant.

4. CONSENTEMENT

Je reconnais avoir pris connaissance des informations figurant dans ce document,

avoir pu poser les questions nécessaires à leur compréhension et avoir obtenu les réponses souhaitées.

Je choisis librement de bénéficier d'un accompagnement en sophrologie et/ou en hypnose à visée de bien-être.

Je reconnais que cet accompagnement ne remplace en rien un suivi médical ou psychologique en cours

et je comprends que je peux interrompre à tout moment une séance ou l'ensemble de l'accompagnement.

☐ Lu et approuvé

Fait à :

Le : / /

SIGNATURE DU CLIENT

SI MINEUR(E) : SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Merci pour votre confiance.

