

DECHARGE DE RESPONSABILITE

Je soussigné(e) NOMPrénom.....

né(e) le à

Résidant à l'adresse :

.....
.....

Pouvant être joint(e) au numéro de téléphone suivant ou adresse e-mail :

.....

Reconnais avoir été informé(e) par Mme Christine ALLIOT

Que :

- Le Reiki est une technique de relaxation et de bien-être, d'une totale innocuité.
- Le Reiki n'a pas pour finalité directe de soigner des maladies.
- Le diagnostic et le traitement de mes éventuels problèmes de santé ou de ceux de mes proches, relèvent exclusivement de la compétence des médecins ou autres personnes autorisées à pratiquer des actes de soin.
- En cas de maladie, une visite médicale est vivement conseillée pour la diagnostiquer et la soigner.

Je déclare comprendre parfaitement bien le sens de tous les paragraphes antérieurs.

En conséquence, je dégage Mme Christine ALLIOT de toute responsabilité en cas de dégradation ou de non-amélioration de mon état de santé, pendant ou après les séances de Reiki.

Fait à Le

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

CHRISTINE ALLIOT NATUROPATHE EI

Naturopathe holistique et énergétique

Siret 88157898300010