

DECHARGE DE RESPONSABILITE

Je soussignée,

Née le : _____ à : _____

Mail : _____ Tél : _____

Atteste sur l'honneur être en état de santé permettant la pratique du Breathwork. Je déclare ne pas être concerné.e par les contre-indications suivantes :

- **personnes mineures**
- **diabète (car à jeun)**
- **maladies cardio-vasculaires**
- **antécédents d'opération du coeur / de crise cardiaque / d'infarctus, d'anévrisme / d'AVC / d'AIT / phlébite**
- **tachycardie / épilepsie / spasmophilie**
- **hypo et hypertension artérielle**
- **asthme sévère**
- **glaucome / décollement de la rétine**
- **en convalescence d'une opération récente**
- **troubles neurodéveloppementaux, psychiatriques et mentaux : schizophrénie ; bipolarité ; autisme**
- **en convalescence d'une opération récente**
- **être sous anxiolytiques ou traitement antidépresseur depuis moins d'un mois**
- **sous consommation de substances récréatives**

J'atteste avoir vérifié auprès de mon médecin traitant que mon état de santé est favorable à la pratique du Breathwork.

Je suis informé.e que le Breathwork n'a en aucun cas pour objectif de diagnostiquer, ni de guérir, aucune maladie.

Je suis conscient.e que la pratique du Breathwork peut provoquer une expérience intense, agréable ou désagréable, sur le plan physique, émotionnel ou énergétique. Je prends la pleine responsabilité de ma participation.

Merci de renvoyer cette décharge signée et remplie à l'adresse mail suivante : empreintemilie@gmail.com

Le :/...../..... à :

Signature :

