

Formulaire de consentement

Je soussigné _____
reconnait être adulte, majeur, en pleine possession de mes moyens, et de demander en toute liberté
et état de cause un accompagnement avec l'hypnose auprès de Perrine Bell pour la/les
problématiques émotionnelles que je lui présenterai lors de la séance.

Si je suis un parent demandant une consultation pour mon enfant, je, soussigné

_____ autorise Perrine Bell à pratiquer des séances d'hypnose pour mon enfant

_____ et d'accepter pour lui toutes les clauses du formulaire ci-après.

Je comprends et accepte que l'hypnose ne constitue ni ne remplace en aucun cas un acte ou un diagnostic médical.

Je reconnais et accepte que l'hypnose ne travaille que sur les facteurs émotionnels par le biais de l'inconscient, qui est le seul maître du changement que je désire obtenir/pour lesquels je demande une consultation pour moi/mon enfant.

J'atteste avoir consulté mon médecin pour toute problématique physique/médicale au préalable à une séance d'hypnose, et que l'hypnose ne saurait en aucun cas remplacer cette dernière.

J'accepte que l'engagement de Perrine Bell est de m'accompagner/accompagner mon enfant pour changer/résoudre sa problématique et/ou apprendre comment ce faire, afin de me/le rendre – par le biais de son inconscient - autonome dans mon/son mieux-être, et que mon/son rôle actif participatif est essentiel pour avoir des résultats.

Je reconnais que l'hypnose est un accompagnement vers le changement, pas un tour de magie.

Je reconnais et accepte qu'aucune séance d'hypnose n'est garantie de résultat.

Je délie Perrine Bell de toute responsabilité suite à des séances d'hypnose avec elle/mon enfant, ayant bien compris que c'est l'inconscient qui est à l'œuvre, que son accompagnement par le biais de l'hypnose est un outil, et qu'elle ne saurait en aucun cas être tenue responsable de mes réactions/celles de mon enfant suite à une séance.

J'accepte que Perrine Bell est en droit de refuser une consultation ou de les arrêter sans préavis si une problématique d'éthique, de conflit d'intérêts ou de danger – de quelque ordre que ce soit - pour la personne, son entourage, autrui, elle-même en tant qu'accompagnatrice en hypnose, et/ou de l'environnement se présentait/était apparente pour elle.

Je délie Perrine Bell de toute responsabilité si j'ai menti sur des faits que je lui aurais présentés, et/ou en ai omis certaines informations du même ordre. Je m'engage donc à une parfaite transparence et probité à ce sujet et sur toutes les informations que je lui donnerai sur moi, autrui, ou des faits que je lui aurai présentés.

J'accepte que toute consultation reportée ou annulée moins de 48h d'avance en semaine est due et je m'engage à la régler, faute de quoi j'ai compris il n'y aura pas d'autres rendez-vous possible. Je comprends que le week-end n'est pas inclus dans ces 48h.

Lu et approuvé :

NOM et PRENOM

NOM et PRENOM de l'ENFANT :

DATE DE NAISSANCE

Date :

Signature

À retourner rempli et signé à l'adresse email : perrine.bell@gmail.com