

Formulaire de consentement

Autorisation préalable à remplir pour un scan thérapeutique

Je, soussigné, _____ déclare être majeur(e), pleinement responsable de mes actes, et solliciter un scan thérapeutique pleinement conscient(e) que je suis la seule et unique autorité dans ma vie et qu'aucune information reçue ne saurait prendre le pas sur mon libre-arbitre et ma conscience propre.

J'ai compris que le scan thérapeutique ne saurait aucun cas se substituer à un diagnostic et/ou acte médical, consultation avec un professionnel en médecine, psychothérapie ou naturopathie.

J'ai compris que le scan thérapeutique était une lecture à un instant T – au moment de la séance – de mon champ informationnel – dénommé champ quantique - et que toutes informations relayées au cours du scan thérapeutique par le biais de Perrine Bell viennent de mon champ informationnel.

J'ai compris que le but d'un scan thérapeutique était de m'aider à prendre des décisions, évoluer vers mes objectifs ou les définir, identifier des blocages et procéder à des ajustements, activer mon pouvoir d'auto-guérison, introduire un renouveau dans mes visions et compréhension des événements de ma vie, à une ouverture des possibles au sens large du terme, et que c'est dans ce sens qu'il est thérapeutique, et en aucun cas au niveau médical.

Je suis pleinement conscient(e) du fait que, indépendamment des informations que je recevrai durant le scan thérapeutique, je suis entièrement et pleinement responsable de ma vie, de mon libre-arbitre et seul(e) maître de mes décisions et de la façon dont je reçois/perçois/utilise l'information relayée, que j'en fasse ou non usage.

J'ai compris que toutes les informations que je recevrai durant le scan thérapeutique sont strictement confidentielles et seront traitées comme telles par Perrine Bell qui s'y engage.

J'ai lu en détail le descriptif du scan thérapeutique tel que présenté sur le site de Perrine Bell et je l'ai compris.

Je _____, soussigné, fais la demande et donne l'autorisation à Perrine Bell de me faire un scan thérapeutique.

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE

EMAIL

TELEPHONE PORTABLE

ADRESSE POSTALE

SIGNATURE

DATE

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