

## Accueil et Décharge de Responsabilité

Nom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Renvoyé par \_\_\_\_\_

En cas d'urgence, prévenir : \_\_\_\_\_

Telephone #: \_\_\_\_\_

Medecin \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Dans l'espace suivant, veuillez énumérer les blessures, diagnostics, traitements, interventions chirurgicales, médicaments ou limitations dont vous estimez que je devrais être informé :

(veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent) \_\_\_\_\_ Maladie cardiaque \_\_\_\_\_ Haute pression artérielle \_\_\_\_\_ Diabète  
\_\_\_\_\_ Accident vasculaire cérébral \_\_\_\_\_ Cancer \_\_\_\_\_ Crise d'épilepsie \_\_\_\_\_ Maladie thyroïdienne \_\_\_\_\_ Glaucome/rétine  
décollée \_\_\_\_\_ Enceinte en cours

### Release Form

1) Je certifie que je suis en bonne santé et que je ne souffre d'aucun problème médical ou mental, d'aucune condition (y compris la grossesse), d'aucune déficience, d'aucune maladie ou autre affection qui empêcherait ma pleine participation et/ou augmenterait le risque de blessure et/ou de maladie résultant de ma participation à ces programmes ou qui pourrait mettre en danger la santé d'autres personnes. Il est de ma responsabilité d'informer Beth Ciesco de toute grossesse, opération chirurgicale, accident, blessure, maladie grave ou hospitalisation qui pourrait être en rapport avec les pratiques du corps, de l'esprit et de l'âme auxquelles je participe volontairement. En outre, il est de ma responsabilité de pratiquer sans contrainte ni inconfort. J'accepte de juger de mes propres capacités et j'écouterai avec le plus grand soin mes corps physique, émotionnel, mental et spirituel en cessant tout mouvement, posture ou activité qui m'inquiète et en informant immédiatement l'enseignant.

2) Je reconnais avoir subi un examen médical et/ou avoir reçu l'autorisation de mon médecin de participer à un programme d'exercices basé sur le yoga ou à une pratique alternative de bien-être, ou avoir décidé de participer volontairement et sans l'approbation de mon médecin.

3) Je comprends que ma participation peut aggraver des blessures ou des conditions préexistantes. Je comprends également que ma participation peut entraîner des blessures musculaires, dorsales, cervicales ou autres, ou une "crise de guérison". En contrepartie de mon acceptation en tant que client ou étudiant, j'accepte d'assumer l'entière responsabilité des risques, blessures ou dommages, connus ou inconnus, que je pourrais encourir du fait de ma participation.

4) Moi-même, mon conjoint, mes héritiers (y compris les enfants à naître) et/ou mes représentants légaux,

## Accueil et Décharge de Responsabilité

renonçons et libérons Beth Ciesco, ses membres, ses enseignants, ses agents et ses employés de toute responsabilité en cas de blessure personnelle, de souffrance ou de détresse mentale, de décès, d'accident, de maladie, d'actions en justice et d'honoraires ou de frais médicaux encourus maintenant ou à l'avenir et résultant de ma participation à une activité d'exercice/de yoga, à un cours, à une session ou à un atelier, même en cas de négligence.

5) À l'exception des sessions privées, je comprends que Beth Ciesco peut prendre des photos et/ou enregistrer des séquences vidéo pendant les cours à des fins promotionnelles, y compris, mais sans s'y limiter, sur DivineMeTime.com, Youtube et d'autres sites sociaux, et j'accorde par la présente la permission que mon image apparaisse sans exception ni limite de temps.

6) Je reconnais que je signe cet accord volontairement, et j'ai l'intention par ma signature d'en faire une décharge complète et inconditionnelle de responsabilité dans la plus grande mesure permise par la loi, et je comprends qu'il doit être interprété conformément aux lois de la France et régi par elles. Toutes les actions, réclamations, poursuites et procédures relatives au présent accord doivent être portées devant un tribunal compétent en France. Si l'une des dispositions du présent accord est jugée invalide, illégale ou inapplicable, elle n'affectera pas les autres dispositions de l'accord, qui resteront intactes.

\_\_\_\_\_ J'accepte de recevoir de la correspondance de DivineMeTime.com.

Date: \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

### **Politique de remboursement :**

Un préavis d'au moins 24 heures est nécessaire pour obtenir un remboursement intégral. Si le préavis est inférieur à 24 heures, le remboursement sera effectué au cas par cas. Les cours collectifs ne sont pas remboursables, mais dans certains cas, ils peuvent être crédités pour des achats futurs. Veuillez me contacter directement à DivineMeTime.com pour prendre des dispositions.