

FORMULAIRE DE DECHARGE DE RESPONSABILITE EN CAS DE CONTRINDICATIONS MEDICALES

SOPHIEREVERDI.COM /UNESEMAINENPROVENCE

NB : LIMITATION DE RESPONSABILITES : Le site sophiereverdi.com, ainsi que les séances de coachings qui y sont proposées, ne peuvent en aucun cas se substituer à une consultation médicale dans le domaine de la diététique. Ce site est un site d'informations et d'accompagnement comportemental et culinaire, d'aide à la personne en surpoids, mais en bonne santé mentale et physique, afin d'améliorer son quotidien et son mode de vie. Ici on apprend par le biais du coaching, à cuisiner plus sainement, à apprendre tous les secrets d'une cuisine très gourmande que l'on peut manger à volonté, à mieux faire ses courses, s'organiser, et à mieux s'occuper de soi au quotidien. Il s'agit d'une guidance, d'une stimulation, d'un encadrement soutenu, mais en aucun cas d'une prise en charge médicale.

En aucun cas les informations et services proposés dans ce site ou dans les séances de coaching ne peuvent permettre d'établir un diagnostic médical concernant votre poids ou votre santé. Les informations données dans ce site ou pendant les séances de coaching comportemental et culinaire, ne remplaceront jamais la consultation d'un médecin généraliste, spécialiste ou de tout autre professionnel de santé.

De plus, ces recommandations proposées, peuvent ne pas être adaptées aux personnes qui :

- Ont une insuffisance rénale ou cardiaque sévère, une forme de dénutrition dû à des carences alimentaires ou autres.
- Suivent un régime alimentaire particulier, prescrit par un médecin, dans le cadre d'une pathologie spécifique.
- Les personnes présentant des troubles mentaux, des addictions (alcool et drogue), et des troubles du comportement alimentaire.
- Des personnes ayant des maladies cardiaques, cardio-vasculaire, une hypertension artérielle, une allergie alimentaire, ou encore certaines maladies rénales).
- Mais il y a également une contrindication dans le cas d'une grossesse, ou autres pathologies chroniques, citées ci-dessous, qui seraient donc des contrindications pour le suivi du programme.

Je soussigné(e), _____, né(e) le _____ à _____

à _____
Numéro de CIN ou de passeport _____

JE CERTIFIE, ATTESTE ET DECLARE SUR L'HONNEUR, PAR LA PRÉSENTE,

- ASSUMER TOUS LES RISQUES DE PARTICIPATION AU PROGRAMME DE COACHING CULINAIRE ET COMPORTEMENTAL DE SOPHIE REVERDI, « APPRENDRE A MAIGRIR » MENE PAR SOPHIE REVERDI DANS LE CADRE DE SES SEANCES DE COACHING, QU'ELLES SOIENT EN VIDEO-CONFERENCE, OU EN PRESENTIEL.
- **JE CERTIFIE** QUE JE SUIS EN BONNE FORME PHYSIQUE ET MENTALE, ET QUE JE SUIS ASSEZ PREPARE(E) POUR PARTICIPER A CE PROTOCOLE DE COACHING COMPORTEMENTAL ET CULINAIRE, AFIN D'APPRENDRE A : MIEUX MANGER, MIEUX CUISINER, MIEUX FAIRE SES COURSES, MIEUX S'ORGANISER AU QUOTIDIEN, MIEUX PRENDRE SOIN DE SOI, MIEUX S'ACCEPTER ET MIEUX VIVRE.
- **JE CERTIFIE** QUE JE SOUHAITE SUIVRE CE PROGRAMME DE MON PLEIN GRE, QUE PERSONNE NE M'Y CONTRAINT, QUE JE SUIS MAJEUR OU QUE J'AI L'ACCORD SIGNE DE MES PARENTS OU DE MES REPRESENTANTS LEGAUX, SI JE SUIS SOUS TUTELLE, OU SOUS CURATELLE ;
- **JE CERTIFIE** EGALEMENT QU'AUCUN PROFESSIONNEL QUALIFIE DE SANTE NE M'A CONSEILLE DE NE PAS Y PARTICIPER ;
- **JE RECONNAIS ET CERTIFIE** N'AVOIR AUCUNE DES PATHOLOGIES SOUS_ MENTIONNEES, QUI SERAIENT DANS LE CADRE DE CE PROGRAMME DE REEDUCATION ALIMENTAIRE ET COMPORTEMENTALE, **UNE CONTRE INDICATION MEDICALE :**
- **CONTRINDICATIONS POUR SUIVRE LE PROGRAMME DE SOPHIE REVERDI :**

- (1) Grossesse
- (2) Dépression, anxiété, bipolarité, schizophrénie, Alzheimer, anorexie mentale, et autres troubles du comportement alimentaire ou autre affections psychiatriques
- (3) Régimes spécifiques prescrits par un médecin pour des patients présentant des pathologies particulières ou des intolérances ou allergie
- (4) Troubles circulatoire artériels ou veineux
- (5) Troubles cardiaques (insuffisance)
- (6) Une maladie neurologique ou neuromusculaire
- (7) Un cancer ou un traitement cancéreux
- (8) Hypertension
- (9) Maladie rénale (insuffisance)
- (10) Personnes ayant subi des chirurgies bariatriques (de l'estomac) qui auraient impactées leur santé. (Anémie, perforation des poumons ou des intestins)

NB Toutes maladies chroniques non mentionnées ici, et qui seraient une contraindication à un changement de programme alimentaire

- **JE RECONNAIS QUE CETTE DECHARGE DE RESPONSABILITE POURRA ETRE UTILISEE PAR SOPHIEREVERDI.COM /**

**UNESEMAINENPROVENCE, SI MES DECLARATIONS SONT FAUSSES, ET
DANS LE CAS D'UN SOUCIS DE SANTE PENDANT OU APRES LE
PROGRAMME ;**

Compte tenu de ma candidature et afin de pouvoir participer à ce PROGRAMME, je prends les engagements suivants à mon nom et celui de mes exécuteurs testamentaires, mes héritiers, mes proches parents, successeurs et ayants droit :

- (1) **JE LIBÈRE DE TOUTE RESPONSABILITÉ**, y compris, mais sans s'y limiter la responsabilité liée à la négligence qui peut entraîner mon décès, invalidité, blessures, dommages corporelles, vol ou action en tout genre qui peut m'arriver y compris pendant le trajet vers et depuis cette activité, LES PERSONNES SUIVANTES : SOPHIE REVERDI/ SOPHIEREVERDI.COM/UNESEMAINENENPROVENCE

- (2) **ET M'ENGAGE A NE JAMAIS POURSUIVRE JURIDIQUEMENT** : SOPHIE REVERDI/ SOPHIEREVERDI.COM/UNESEMAINENENPROVENCE

- (3) **JE CERTIFIE AVOIR LU CE DOCUMENT ET COMPRENDRE PLEINEMENT SON CONTENU. JE SUIS CONSCIENT QU'IL S'AGIT D'UNE DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ ET D'UN CONTRAT, ET JE LE SIGNE DE MON PLEIN GRÉ.**

SIGNATURES

_____ Nom et signature du Renonciateur

_____ Nom et signature du parent / tuteur (Si moins de 18 ans, le parent ou le tuteur doit également signer.)

_____ Date : _____ Nom, cachet et signature
du représentant légal