Fiche d'informations

Prénom : Nom : Date de naissance : Heure de naissance : Lieu de naissance : Âge :	Profession : Adresse postale : Adresse email : Numéro de téléphone : Numéro de contact d'urgence : Années de pratique en yoga :
--	--

Le kundalini yoga est une pratique transformatrice extrêmement puissante.

Sa puissance transformatrice n'est cependant pas anodine et peut à tout moment être accompagnée de fortes réactions émotionnelles et / ou physiques. Cet atelier n'est donc pas recommandé pour les personnes souffrant de dépression, de troubles du système nerveux et neurologiques ou de troubles d'ordre psychologiques ou psychiatriques. En cas de comportements addictifs, elle est peut être également inadaptée en pratique intensive.

A toutes fins utiles, nous précisons également que les immersions, ateliers et retraites de Kundalini Yoga ne véhiculent aucune doctrine ou idéologie sectaire. Ces approches, bien au contraire, ont pour but de favoriser l'autonomie de l'individu au sein des communautés humaines dans lequel il évolue et au sein du Vivant. Une démarche de reconnexion à Soi, à l'Autre, au Vivant est promue afin de permettre de créer cette reliance.

Les informations sollicitées ci-dessous sont strictement confidentielles et sont remises au professeur pour mieux vous accompagner dans votre pratique.

Questionnaire à remplir :

Avez-vous des antécédents médicaux ? Si oui, lesquels ?

.....
.....

Avez-vous des allergies alimentaires, respiratoires, cutanées ou autres à nous signaler ? Si oui, lesquelles ?

.....
.....

Avez-vous un régime alimentaire particulier ? Si oui lequel ?

.....
.....

Avez-vous un ou des traitements médicamenteux particuliers actuellement ? Si oui, lesquels ?

.....
.....

Avez-vous des blessures, des difficultés physiques ou des symptômes énergétiques à nous signaler ? Si oui, lesquels ?

.....
.....

Avez-vous des pathologies cardio-vasculaires (infarctus, troubles du rythme cardiaque, hypertension artérielle sévère) à nous signaler ? Si oui, lesquels ?

.....
.....

Avez-vous des pathologies du système nerveux, neurologiques, psychologiques, psychiatriques (dont épilepsie) Si oui, lesquels ?

.....
.....

Avez-vous des comportements addictifs ? Si oui, lesquels ?

.....
.....

Avez-vous quelconque dérèglement ou problème hormonal à nous signaler ? Si oui, lesquels ?

.....
.....

Avez-vous des problèmes de sommeil susceptibles de gêner le groupe (sommambulisme, ronflements, insomnies, etc) ? Si oui, lesquels ?

.....
.....

Etes-vous actuellement enceinte ?

.....
.....

Qu'est ce qui actuellement vous fait le plus souffrir dans votre vie ?

.....
.....

Déclaration de responsabilité

Je soussigné-e

participant-e à un évènement avec Anaïs Le Brech et de
du au

certifie que les renseignements portés ci-dessus sont le reflet exact de ma situation physique, émotionnelle et psychologique actuelle. Je suis conscient(e) que de ne pas divulguer certaines informations peut avoir des conséquences sur moi-même et sur les autres participants. Je m'engage à prévenir les organisateurs de tout changement de mon état de santé et les autorisent à divulguer ces informations à un personnel médical en cas d'urgence.

Je comprends que la pratique du yoga peut impliquer une activité physique assez intense. Je suis également conscient(e) qu'une retraite peut impliquer une purification à différents niveaux: physique, émotionnel et mental, et cela peut parfois être désagréable, bien que cela ne soit pas dangereux. Je participe volontairement à cet évènement en sachant qu'il existe des risques associés à toutes les activités et j'accepte tout risque associé à ma participation. Je reconnais en outre que les activités mentionnées ci-dessus peuvent être émotionnellement et / ou mentalement plus exigeantes que mes activités habituelles. Je reconnais ma responsabilité en choisissant pleinement et librement de participer à cet évènement. J'ai bien noté que je pratique le Kundalini Yoga et toutes les pratiques prévues pendant cette immersion sous ma propre responsabilité et qu'il m'appartient d'adapter ma pratique à mon état de santé. Je m'engage à consulter un médecin en cas de doute ou de problème lié à cette pratique et à en informer l'enseignant.

Afin d'être accepté-e à l'inscription, j'assume personnellement tous les risques liés à cette immersion, en ce qui concerne tout dommage ou blessure qui pourrait m'arriver pendant cet évènement, qu'ils soient en lien avec le programme proposé par les organisateurs ou pas, qu'ils soient prévus ou imprévus. La responsabilité des organisateurs ne saurait être recherchée au titre des conséquences éventuelles qui pourraient résulter d'une modification de l'état de santé du participant, pendant et suite à cet évènement, et ce quelle qu'en soit l'origine ou la cause. En outre, je décharge les organisateurs et toutes personnes liées à celles-ci de toute réclamation et je m'engage à ne pas engager de poursuite(s) à leur rencontre, que ce soit par moi-même, ou par le biais de mes représentants légaux, de ma famille, ma succession, mes héritiers ou ayants droit. J'ai conscience du fait que ces ateliers ne constituent pas une thérapie, même s'ils peuvent en avoir les effets dans certaines situations, et qu'ils ne se substituent en aucun cas à un traitement ou un suivi médical ou psychiatrique. En cas de traitement médicamenteux prescrit par un médecin, je m'engage formellement à suivre ce traitement pendant toute la durée de l'atelier, et à ne pas l'arrêter sans avis médical.

Je m'engage à ne consommer aucune substance illicite, ni aucune boisson alcoolisée dans les 48h qui précèdent et pendant l'immersion.

Je m'engage également à respecter la confidentialité des partages transmis par les organisateurs et participants lors de cet évènement et à faire preuve de bienveillance et de délicatesse avec chaque personne présente.

Je certifie également que je ne présente aucune des contre-indications à la pratique du Kundalini Yoga, incluant grossesse, pathologies cérébrales ou neurologiques, pathologies cardio-vasculaires (infarctus, troubles du rythme cardiaque, hypertension artérielle sévère), épilepsie, dépression, crises d'angoisse, crises de panique, antécédents psychiatriques ou maladies et symptômes assimilés.

Signature précédée « lu et approuvé »

Nom :

Prénom :

Date :

NB : nous vous remercions de nous retourner ce document signé par vos soins ainsi que votre attestation de responsabilité civile à jour