DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ - PRATIQUE DE BREATHWORK

Nom et prénom du participant : .....

Date de naissance : .....

Adresse email : .....

Téléphone : ……..

Je soussigné(e), [Nom et prénom] ……, reconnais par la présente participer volontairement à une séance ou un programme de respiration (breathwork), animée par Charline PIERRET, formée et certifiée dans le cadre de la Breathwork Académie, en ayant pleinement conscience des éléments suivants :

Informations importantes sur la pratique :

- Le breathwork peut impliquer des respirations intensifiées...
- Il ne s'agit ni d'un traitement médical, ni d'une thérapie psychologique.
- Cette pratique ne remplace en aucun cas un suivi médical ou psychothérapeutique.

Contre-indications médicales (liste non exhaustive) :

- Problèmes cardiaques, antécédents d'AVC
- Hypertension non stabilisée
- Épilepsie
- Glaucome ou décollement de la rétine
- Grossesse (à partir du 2e trimestre)
- Troubles psychiatriques graves ou instabilité mentale
- Asthme sévère sans traitement adapté
- Chirurgie récente
- Tout état de santé jugé incompatible par un médecin

Bienfaits potentiels du breathwork :

- Une diminution du stress, de l'anxiété et de la charge mentale
- Un retour à l'ancrage, au calme et à la clarté intérieure

- Une libération émotionnelle profonde et un sentiment de légèreté
- Une amélioration de la vitalité, de la concentration et du sommeil
- Une reconnexion à soi, à ses besoins et à ses ressentis
- Un soutien à la régulation du système nerveux autonome

Engagement personnel :

- Je déclare avoir informé l'animateur de tout problème de santé ou traitement en cours.
- J'ai consulté mon médecin si j'avais un doute sur ma capacité à participer à cette pratique.
- Je m'engage à écouter mon corps, à interrompre la pratique en cas d'inconfort ou de malaise, et à en informer immédiatement l'animateur.
- Je renonce à toute réclamation envers l'animateur, la Breathwork Académie, ses représentants ou ses affiliés, en cas d'accident ou de problème survenant pendant ou après la séance.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.
Date : .....
Signature du participant : .....