

Ananda Retraites inscription



Lieu
Personne de contact
Date

| | | | | | |
|---------------------|--|-----------------|--------------------|---------|------|
| NOM et PRÉNOM : | | | | | |
| Numéro d'identité : | | | Date de naissance: | | AGE: |
| ADRESSE: | | | | | |
| CODE POSTAL: | | VILLE: | | RÉGION: | |
| EMAIL: | | | | | |
| TELEPHONE FIXE: | | PORTABLE: | | | |
| ETAT CIVIL: | | PROFESSIO N: | | | |

| | |
|--|---|
| SOUFFREZ VOUS ou AVEZ-VOUS SOUFFERT D'UNE MALADIE, UNE OPÉRATION ? QUAND ? VEUILLEZ DÉTAILLER : | |
| PRENEZ VOUS DES MÉDICAMENTS PSYCHIATRIQUE ET/OU ALLOPATHIQUE ? DEPUIS COMBIEN DE TEMPS ? | |
| AVEZ-VOUS REÇU UN TRAITEMENT PSYCHO-THÉRAPEUTIQUE ? COMBIEN DE TEMPS ? | |
| QUEL EST VOTRE ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL ? | |
| RÉGIME ALIMENTAIRE : | ÊTES VOUS ALLERGIQUE OU INTOLÉRANT A QUELQUE CHOSE? |
| BUVEZ VOUS RÉGULIÈREMENT DE L ALCOOL? QUELLE QUANTITÉ ? | |
| ÊTES VOUS FUMEUR? QUELLE QUANTITÉ PAR JOUR? CONSOMEZ-VOUS DES DROGUES OU AUTRES SUBSTANCES ? LES QUELLES ? AVEC QUELLE FRÉQUENCE ? QUAND A ÉTÉ LA DERNIÈRE FOIS QUE VOUS AVEZ CONSOMMÉ ? | |
| PRATIQUEZ VOUS UN SPORT ? | LEQUEL ? |
| A QUELLE FRÉQUENCE ? | |
| AVEZ-VOUS DÉJÀ PRIS DE L'AYAHUASCA ? | COMBIEN DE FOIS? AVEC QUI? |
| COMMENT S'EST DÉROULÉE VOTRE RENCONTRE AVEC L'AYAHUASCA ? | |
| QUELLE EST VOTRE INTENTION POUR PARTICIPER A CETTE RETRAITE ? | |

JE DECLARE QUE :

Je n'ai pas consommé de drogue dans les 48 heures antérieures à la retraite.

J'ai été informé correctement au sujet des activités qui se réalisent durant la retraite d'évolution intérieure.

Je décide de ma propre volonté de participer à cette retraite.

Je n'ai pas de maladie physique ou psychiatrique diagnostiquée par un professionnel.

Je ne quitterais pas les lieux de la retraite sans l'autorisation des personnes responsables, et si je le fais, de les exempter, ainsi que l'équipe d'Ananda Retraites, de toute responsabilité postérieure.

J'autorise le traitement de mes données personnelles aux seules fins de cette retraite selon le décret-loi 196 du 30/6/2003.

J'ai lu les informations à propos de l'approche psycho-thérapeutique du travail proposé

Je suis responsable des décisions que je prends dans ma vie privée après la participation à cette retraite. Que je n'utiliserais pas de téléphone ou caméra pour obtenir des images ou des vidéos du lieu sans autorisation.

NOM :.....

SIGNATURE DU PARTICIPANT