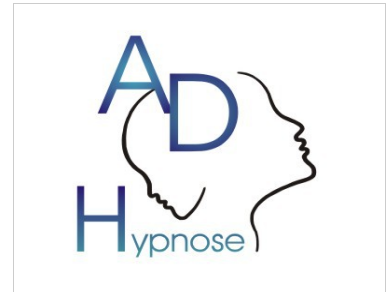


ENGAGEMENT THÉRAPEUTIQUE ET PROFESSIONNEL

**Votre hypnothérapeute vous accompagne vers le mieux-être.
Il ne fait pas partie du corps médical. Il ne peut intervenir dans vos prescriptions médicales.
En cas de maladie, consultez un médecin.**



Je soussigné(e)

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE :

- Déclare avoir été parfaitement informé par Aurore DOUSSY hypnothérapeute, que :
si un traitement médical m'a été prescrit, je dois poursuivre ce traitement en informant le médecin qui me l'a prescrit que j'envisage de suivre une hypnothérapie, afin que ce médecin puisse donner son avis sur le recours à l'état d'hypnose au cours de l'accompagnement et éventuellement modifier le traitement.
- Déclare avoir été informé du prix de la séance d'hypnothérapie ;
- Déclare avoir été informé de mes droits concernant la protection de mes données personnelles :
 - Nom, prénom, coordonnées et dossier de suivi sont enregistrés dans l'ordinateur de Aurore Doussy Hypnose protégé par un mot de passe dont elle seule à la connaissance ou sur dossier papier déposé dans un coffre dont seule Mme Aurore Doussy Hypnose a la clé pour une durée maximale de 5 ans.
 - Et conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, je dispose d'un droit d'accès, de modification et de suppression de ses données du droit de saisir la CNIL sur la protection de vos données personnelles.

Fait à, le