\*\*\* Formulaire de consentement et de décharge \*\*\*

* Nom / Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Adresse postale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Courriel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**$ 1 – Description des services :**

Je soussigné(e) Mme/Melle/Mr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ comprends que les services fournis par Mr DURAN Antony, en qualité de Naturopathe & Coach en Nutrition, sont destinés à m’aider à améliorer ma santé, ma nutrition & mon bien-être générale. Je reconnais que Mr DURAN Antony n’est pas médecin et que ses conseils ne remplacent pas un avis médical professionnel.

 **$ 2 – Rôles & limites :**

Je comprends que le rôle de Mr DURAN Antony est de me fournir des conseils nutritionnels & naturopathiques basés sur les informations que je lui ai fournies. Je reconnais que ces conseils ne sont pas destinés à diagnostiquer, traiter ou prévenir une quelconque maladie.

 **$ 3 – Confidentialité des données :**

Je donne mon consentement à la collecte et à l’utilisation de mes données personnelles et de santé conformément à la politique de Mr DURAN Antony, qui respecte les règlementations en vigueur sur la protection des données.

**$ 4 – Accord de confidentialité :**

Je comprends que toutes les informations partagées lors de mes séances avec Mr DURAN Antony resteront confidentielles et ne seront pas divulguées à des tiers sans mon consentement.

 **$ 5 – Conditions générales de vente :**

Je reconnais avoir pris connaissance des tarifs, des modalités de paiement et de la politique d’annulation de Mr DURAN Antony. Je comprends et accepte ces conditions.

 **$ 6 – Clause de non garantie :**

Je comprends que les résultats peuvent varier d’une personne à l’autre et que Mr DURAN Antony ne garantie pas de résultats spécifiques. Je reconnais que je suis responsable de suivre les conseils donnés et d’informer Mr DURAN Antony en cas de problème de santé.

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

