

Je soussigné(e) Madame, Monsieur atteste par la présente avoir pris connaissance des contre-indications à la Cryothérapie Corps Entier et en être exempt.

Contre-indications

- | | |
|---|-----------|
| • Hypertension artérielle non traitée | Oui – Non |
| • Infarctus du myocarde de moins de 6 mois | Oui – Non |
| • Syndrome de Raynaud | Oui – Non |
| • Pacemaker ou dispositif sous-cutané | Oui – Non |
| • Thrombose veineuse profonde ou phlébite en cours | Oui – Non |
| • Epilepsie, AVC/AIT récent | Oui – Non |
| • Insuffisance respiratoire et affection respiratoire aiguë | Oui – Non |
| • Colique néphrétique ou colique hépatique en cours | Oui – Non |
| • Allergie au froid | Oui – Non |
| • Grossesse | Oui – Non |
| • Tumeur en cours de soin | Oui – Non |
| • Intervention chirurgicale récente | Oui – Non |
| • Infection cutanée aiguë virale/bactérienne | Oui – Non |
| • Fièvre | Oui – Non |
| • Anémie sévère | Oui – Non |
| • Polyneuropathie distale | Oui – Non |

Je m'engage à respecter les consignes avant/après séance et les instructions du personnel qualifié pendant la séance.

Je renonce à tout recours juridique contre Cryoclinic du Lion en cas de fausse déclaration.

Tout accident survenant en séance et après est de ma seule responsabilité.

Si achat d'un abonnement, je suis informé que je ne peux être remboursé mais que je peux transférer mes séances restantes à une tierce personne pouvant en bénéficier.

Nom et prénom :

Téléphone / GSM :

Mail :

Signature avec la mention manuscrite « Lu et approuvé »

Date

.....

Le / /