



Claire BOUTET
Réflexologue certifiée RNCP

20 rue des mimosas, 79110 Chef-Boutonne
07 49 90 00 49 RCS NIORT N° 947 895 066 00019 CODE APE 8690F

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Vu les articles L. 1111-2, L. 1111-4, R. 4321-83 et R. 4321-84 du code de la santé publique ;

Je soussigné(e), Mme ou M. ou autre.

NOM :

PRENOM :

Né(e) [JJ/MM/AAAA] le : / / à [Ville] :

Adresse _____ code postal _____ ville _____

Mail : _____

En ma qualité de bénéficiaire ou de représentant légal ou tuteur de :

NOM :

PRENOM :

Né(e) [JJ/MM/AAAA] le : / / à [Ville] :

Atteste avoir été reçu(e) en consultation par Claire BOUTET, Réflexologue le ___/___/___ sis 20 rue des Mimosas à Chef-Boutonne (79110).

- Je consens à bénéficier des séances de réflexologies après avoir reçu toutes les informations orales et écrites me permettant d'en apprécier la nature, les contre-indications, les traitements alternatifs - intégratifs, ainsi que les bénéfices et les éventuels inconvénients, complications et risques connus, lesquels, de manière exceptionnelle, peuvent être parmi le plus graves.
- J'estime avoir bénéficié d'un délai de réflexion suffisant, avoir pu poser toutes les questions nécessaires à une bonne compréhension et avoir reçu des réponses satisfaisantes.
- J'ai également été informé.e qu'au cours de l'acte, le/la praticien.ne pouvait se trouver confronté à un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires différents de ceux initialement prévus. J'ai compris l'ensemble des informations qui m'ont été délivrées et j'ai pu poser toutes les questions nécessaires à leur bonne compréhension. J'ai compris les réponses qui m'ont été apportées. Je n'ai pas été contraint(e), ni influencé(e) pour donner mon consentement. Je m'estime désormais suffisamment éclairé(e) pour prendre une décision en toute connaissance de cause et j'accepte l'intervention préconisée. Je suis informé(e) qu'à tout moment je peux retirer mon consentement au cours du traitement. Un double doit être conservé par le réflexologue - relaxologue.

Fait à, _____, le _____

Signature du Bénéficiaire/Représentant(e) légal(e)

Signature du Praticien(-ne)



Claire BOUTET
Réflexologue certifiée RNCP

20 rue des mimosas, 79110 Chef-Boutonne
07 49 90 00 49 RCS NIORT N° 947 895 066 00019 CODE APE 8690F

Droit de retrait :

Je soussigné(e), Mme _____ ou M. _____ ou autre _____ .

NOM :

PRENOM :

Né(e) [JJ/MM/AAAA] le _____ / _____ / _____ à [Ville] :

En ma qualité de bénéficiaire ou de représentant légal ou tuteur de :

NOM :

PRENOM :

Né(e) [JJ/MM/AAAA] le _____ / _____ / _____ à [Ville] :

Souhaite retirer mon consentement donné en date du _____ / _____ / _____ [JJ/MM/AAAA].

Fait à [Ville], _____ Le _____ / _____ / _____

Signature (du bénéficiaire, du représentant légal ou du tuteur),
Précédée de la mention manuscrite « Lu, approuvé et compris »

Les données personnelles collectées par Mme Claire BOUTET, Réflexologue, en tant que responsable du traitement, sont traitées dans le cadre du recueil.

En vertu de la loi 2018-493 du 25 mai 2018 relative à la protection des données personnelles (RGPD), en envoyant un mail, en naviguant sur le site <https://www.claireboutet.fr/> et en remplissant le formulaire de contact, ou par tout autre procédé de communication, vous acceptez expressément que le Cabinet collecte, traite, stocke et utilise les informations personnelles que vous donnez.

Vous pouvez exercer vos droits de modification et de suppression de vos données en vous adressant au Centre de réflexologie par écrit.