



ESSENCE DU SOUFFLE
Respiration et mouvement conscient

RECONNAISSANCE DE RESPONSABILITÉ – RESPIRATION CONSCIENTE

Je comprends et reconnais que les discussions, consultations et séances liées à la Respiration Consciente - *Essence du Souffle* auxquelles je participe ne remplacent pas une consultation avec un médecin et/ou un psychologue et/ou un fournisseur de soins de santé. Le facilitateur ne donnera pas de conseils médicaux, de diagnostics ou de traitements en lien avec tout problème de santé mentale ou physique.

Je comprends que je suis responsable de consulter un médecin ou mon fournisseur de soins de santé dans le cas où j'ai ou je soupçonne avoir un problème de santé.

Je comprends que si je souffre d'une condition médicale chronique ou des antécédents de maladies tels que, mais sans s'y limiter: schizophrénie, bipolarité, épilepsie, maladies du cœur, hypertension artérielle, glaucome, décollement de la rétine, ostéoporose, problèmes respiratoires ou si je suis enceinte, je dois en aviser le facilitateur en Respiration Consciente.

Je comprends que si je présente actuellement des idéations suicidaires, je dois en aviser le facilitateur, car il s'agit d'un critère d'exclusion à entreprendre cette démarche. Cette condition doit être évaluée par un professionnel de la santé apte à conduire l'évaluation du risque. De plus, si en cours de processus, ma situation psychologique devenait instable ou se détériorait et que des idées suicidaires se présentaient, le facilitateur me dirigera vers les services d'urgence et devra mettre fin au suivi en respiration consciente, et ce, dans le but d'assurer ma sécurité.

J'atteste que j'ai consulté un professionnel de la santé concernant toute condition physique, mentale ou émotionnelle qui pourrait nuire à mon jugement, ou affecter ma santé physique d'une manière quelconque durant ou après une séance de Respiration Consciente.

Je comprends également que si j'ai subi récemment des blessures ou chirurgies importantes, que je suis sous traitement médical important ou encore que j'ai un historique personnel ou familial d'anévrisme, je dois en aviser le facilitateur en Respiration Consciente.

Je comprends qu'une séance de Respiration Consciente pourrait comprendre un contact physique conçu pour me soutenir dans mon cheminement, et que j'ai le droit de refuser ce contact en utilisant le mot « arrêtez ».

Je comprends que cette séance de Respiration Consciente s'appuie entièrement sur l'expérience et qu'il peut en résulter un relâchement énergétique.

Je comprends également que même si j'ai été accepté comme participant, je prends la totale responsabilité pour toute conséquence résultant d'une séance de Respiration Consciente.

Je comprends et accepte que la session puisse être filmée, photographiée et/ou enregistrée et que le facilitateur *Essence du Souffle* détient tous les droits sur ces films, photographies et/ou enregistrement, y compris les droits d'auteur. Le droit d'auteur comprend, sous toutefois s'y limiter, le droit d'utiliser, réutiliser, publier et republier ou reproduire de quelque façon que ce soit, modifier et présenter ces films, photographies et/ou enregistrements dans un but éducatif et promotionnel, entre autres, mais sans s'y limiter, sur bandes audio, CD audio, DVD, sites internet, vidéos ou films, ou n'importe quel autre format d'images enregistrées.

J'accorde au facilitateur *Essence du Souffle*, le droit, sans compensation financière, d'être filmé, photographié et/ou enregistré pendant ma participation à une Session et je renonce à tous droits que je peux détenir ou pourrais détenir dorénavant sur tous films, photographies et/ou enregistrements.

J'accepte de n'enregistrer aucune portion de Session, que ce soit en audio, vidéo, sur photographie ou par tout autre moyen.

Je reconnais avoir eu le temps nécessaire pour prendre connaissance de la présente entente, d'avoir pu poser toutes les questions désirées et d'avoir pu valider l'étendue de mes droits et obligations.

C'est donc, après avoir lu et compris que j'accepte volontairement ce document de renonciation de poursuite ou de plainte en le signant.

Date :

Nom et signature du participant :

Nom et signature du parent, si le participant a moins de 18 ans :