

CHARTRE D'ENGAGEMENT RECIPROQUE CLIENT / PRATICIEN

ARTICLE 1

Cette charte peut faire l'objet de modifications dans le respect de son orientation actuelle. Le client s'engage à prendre connaissance de ces modifications éventuelles.

ARTICLE 2

En prenant rendez-vous, le client confirme avoir connaissance de la présente charte et adhérer à ses conditions sans réserves.

ARTICLE 3

Les séances d'hypnose Ericksonienne et plus largement de thérapie brève vous permettent de vous connecter à vos ressources intérieures naturelles et ne se substituent pas à un avis et suivi médical adapté. Le client s'engage à continuer ses suivis et traitements médicaux tout au long de l'accompagnement.

ARTICLE 4

Le client s'engage à informer le praticien d'un suivi médical et d'un éventuel traitement médical en cours, et ce dès la première séance.

ARTICLE 5

Le client s'engage à s'investir tout au long de l'accompagnement, pendant et après les séances. Il s'engage à mettre en place les actions et exercices proposés pour avancer dans sa démarche personnelle.

ARTICLE 6

Le praticien s'engage à utiliser toutes les techniques adaptées pour tendre au mieux-être de son client, dans le respect du cadre de l'hypnose Ericksonienne. Le praticien adhère et respecte la charte éthique de l'A.R.C.H.E ainsi que le code de déontologie des praticiens de l'A.R.C.H.E.

ARTICLE 7

Le praticien s'engage à simplement guider le client dans son processus de changement. Le client est acteur de son changement et de sa thérapie.

ARTICLE 8

Le praticien se réserve le droit d'interrompre une séance, si le client ne respecte pas l'engagement détaillé à l'article 5.

ARTICLE 9

Le praticien n'a pas d'obligation de résultat. Il est cependant tenu à une obligation de moyens en utilisant les techniques les plus adaptées pour l'objectif du client.

ARTICLE 10

Le client Le praticien se réserve le droit d'interrompre ou de mettre fin à tout suivi en cours en cas de non-paiement partiel ou total de séance.

Signature du client

Signature du praticien

Merci de remplir ce formulaire et de le remettre au praticien à la première séance

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse complète :

Téléphone :

Adresse email :

Suivi médical : *(préciser le nom et les coordonnées du médecin)*

Traitement médical : *(préciser le nom et les coordonnées du médecin ayant réalisé la prescription)*

Date :

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature du client

Signature du praticien