



Décharge Médicale – cours pratiques et théoriques

Je soussigné, (nom, prénom), confirme avoir pris connaissances des conditions générales du Centre Vitalité et des conditions énumérées ci-dessous et de les accepter par ma signature.

Les cours de « théorie » et de « pratique » se font entre les participants et/ou modèles convoqués par l'école et l'équipe de chargés de cours.

Je confirme que mon état de santé (psychique et physique) permet ma participation aux cours et permet aux charges de cours et aux élèves participants d'exercer les manœuvres exigées par les cours de pratique sur moi.

Mon état de santé me permet de pratiquer toute une journée de cours et de répondre aux exigences de cette formation. Je n'ai notamment, aucun perturbateur de concentration tel que : maux de têtes, douleurs locomoteurs, douleurs articulaires, fatigues accrues, signes d'endormissement (poser la tête, avec fermeture des yeux, bayements excessifs), agitations (mental ou physique), liste non exhaustive.

En cas de problèmes durant la formation (notifiés sur ce document), l'équipe de chargés de cours peut prendre la décision d'exclure un étudiant et/ou de lui demander de consulter un médecin. Les frais de scolarité restent dus sans certificat médical valable.

Sans certificat médical, le participant peut faire une déclaration de bonne santé, en portant lui-même la responsabilité de ses affirmations après signature de ce document.

Le Centre Vitalité décline toute responsabilité en cas de changement de l'état de santé de l'étudiant, voire en cas de survenance d'une maladie, quelle qu'elle soit. Chaque étudiant doit, en outre, avoir une couverture d'assurance adéquate.

Vous voudrez bien noter que les formations sont destinées à des étudiants en bonne santé. Ils ne doivent en aucun cas être perçus comme une possibilité de recevoir un traitement thérapeutique.

Date et lieu :

Signature :

Notifications de problèmes, des symptômes constatés par le chargé de cours lors de la formation :

Date : Symptôme(s) constaté(s) :

Décision : () quitter le cours Continuer le cours avec déclaration de bonne santé :

Date : Symptôme(s) constaté(s) :

Décision : () quitter le cours Continuer le cours avec déclaration de bonne santé :