

Marion Renard
Praticienne en hypnose Ericksonienne
Certifiée par l'A.R.C.H.E.

Informations préalables à toute séance d'hypnose pour un enfant mineur

Il est porté à votre connaissance les éléments suivants :

1. Une séance d'**hypnose Ericksonienne** consiste en des **actes d'accompagnement**, de **développement personnel** ou de **communication suggestive** propre à **aider** les enfants face à certains comportements ou à **faciliter** la gestion émotionnelle de certains troubles.

2. La praticienne en hypnose Marion RENARD n'établira au cours de cette séance aucun diagnostic médical ni aucune prescription. Tout procédé de guérison ou traitement curatif relève du seul exercice médical, réservé aux personnes titulaires d'un titre ou diplôme défini par les termes de la loi en vigueur.

2.1 Le cas échéant, vous êtes invités à mieux vous pourvoir, auprès d'un médecin ou de toute autorité habilitée, si vos demandes excèdent les champs de compétences précitées.

3. Avant de commencer la séance, la praticienne Marion RENARD fournira à votre demande tous **renseignements utiles** sur la pratique, la séance avec l'enfant ainsi que sur sa **déontologie** en des termes clairs, précis et appropriés.

4. Je reconnais que mon praticien a pris toutes les mesures nécessaires pour limiter les risques de transmission liés au covid-19 : port du masque obligatoire pour toute personne de plus de 10 ans, distance physique de 2 mètres, lavage des mains avant et après la séance, désinfection et aération des locaux entre chaque client, pas d'attente en salle d'attente, arriver à l'heure pile du rendez-vous.

Je reconnais avoir pris connaissance des éléments ci-dessus et autorise ma fille/mon fils,

Prénom et Nom de l'enfant :

à suivre les séances d'hypnose avec Madame Marion RENARD

Je soussigné.e certifie que mon enfant ne présente pas de contre-indication médicale à la pratique de l'hypnose (en particulier -liste non exhaustive - : épilepsie, psychose etc.).

Information concernant l'enfant :

Nom : Prénom : Age :

Médecin Traitant :

Traitements éventuels en cours :

Parents :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Date :

Nom et signature du père

et/ou

Nom et signature de la mère

Marion RENARD
Praticienne en Hypnose
Tél : 06 10 27 53 79
marionrenard.hypnose@gmail.com
<https://www.marionrenard.com/>

SIRET : 504 508 078 00020