

INFORMATIONS PERSONNELLES

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA)

ÂGE

Adresse :

RUE

CODE POSTAL

VILLE

TÉLÉPHONE

EMAIL

Personne à contacter en cas d'urgence :

NOM

PRÉNOM

LIEN DE PARENTÉ

TÉLÉPHONE

CURE SÉLECTIONNÉE

Aqua Boost (vitalité et énergie)

DURÉE DE LA CURE : _____ jours

Aqua Respire (bien-être respiratoire)

Dates de cure

Aqua Detox (purification et détoxification)

DU : _____ AU : _____



DÉCLARATION DE SANTÉ

Je déclare sur l'honneur :

NE PAS SOUFFRIR DES PATHOLOGIES SUIVANTES :

- Tuberculose évolutive.
- Néoplasies (cancers) évolutifs.
- Hypertension artérielle non contrôlée.
- Insuffisance cardiaque décompensée.
- Rhumatismes articulaires aigus en poussée évolutive.
- Maladies infectieuses en phase aiguë.
- Troubles psychiatriques sévères non stabilisées.
- Épilepsie non contrôlée.
- Allergies aux produits thermaux spécifiques.
- Affections dermatologiques ou toute autre maladie contagieuse.
- Etat général affaibli limitant les capacités à suivre les soins.

Pour les mini-cures respiratoires (Aqua Respire)

NE PAS SOUFFRIR DES PATHOLOGIES SUIVANTES :

- Asthme sévère non contrôlé.
- Insuffisance respiratoire chronique sévère non stabilisée (avec besoin en oxygène permanent).
- Infections respiratoires aiguës (incluant des sinusites bactériennes non traitées).
- Hémoptysies (crachats de sang).

Grossesse

Je ne suis pas enceinte

Je suis enceinte (terme : __ semaines) et j'ai consulté mon médecin/ma sage-femme qui m'autorise à suivre ces soins thermaux

DÉCLARATIONS COMPLÉMENTAIRES

Je confirme être en capacité physique de suivre les soins thermaux présentés.

Je m'engage à informer immédiatement l'équipe ACQS de toute évolution de mon état de santé pendant la mini-cure.

Je m'engage à respecter les consignes données par l'équipe soignante.

Je confirme avoir plus de 18 ans (joindre une pièce d'identité)



DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ

Par la présente, je reconnais et accepte que :

1. J'ai été informé(e) des bienfaits et des éventuels risques liés aux soins thermaux des mini cures présentées.
2. Je déclare avoir répondu en toute sincérité aux questions de ce formulaire.
3. Je dégage la société ACQS, ses employés et partenaires de toute responsabilité concernant :
 - Les conséquences d'informations erronées ou incomplètes de ma part.
 - Les incidents liés à mon état de santé non déclaré.
 - L'aggravation d'une pathologie existante non mentionnée.
4. Je reconnais que les soins thermaux proposés dans les mini cures présentées ne se substituent pas à un traitement médical.
5. Je m'engage à consulter un médecin en cas de doute sur ma capacité à suivre ces soins et en cas des complications.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

- J'accepte de suivre la mini cure sélectionnée en toute connaissance de cause.
- J'autorise ACQS à interrompre ma cure si mon état de santé le nécessite.
- J'ai lu et compris l'intégralité de ce document.

DATE :

SIGNATURE DU PARTICIPANT :

SIGNATURE DE L'AGENT ACQS :

Ce formulaire est valable uniquement pour la mini cure mentionnée ci-dessus.
Une nouvelle décharge sera nécessaire pour toute mini cure ultérieure.

ACQS - Société Thermale d'Ax-les-Thermes

2 Avenue Albert Durandea - 09110 Ax-les-Thermes
info@acqs.com | +33 (0)5 59 11 10 90 | acqs.com

