



FICHE DE CONTRE-INDICATIONS MEDICALES ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Pour un entraînement avec Hi-Sculpt

Êtes-vous sujet(te) à l'une de ces contre-indications ?

Oui Non

- Maladies cardiaques - Hypertension artérielle - Stimulateur cardiaque configuré.
- Inflammation aiguë - Asthme - Thrombose veineuse profonde - Problème de thyroïde - Cancer - Insuffisance rénale.
- Infection grave.
- Epilepsie.
- Maladie hémorragique - Traumatisme - Hémorragie interne ou saignement au niveau de la zone.
- Pièces médicales en plastique - Pièces avec remplissage artificiel (os artificiel...).
- Implant métallique à l'intérieur du corps (Stérilet en cuivre compris).
- Chirurgie récente.
- Inflammation de la peau - Oedème.
- Système immunitaire anormal.
- Insensibilité ou engourdissement à la chaleur.
- Période de cycle menstruel.
- Grossesse - Allaitement.
- Fièvre élevée - Ivresse - Vigilance amoindrie.

Pour des soucis d'interférence avec la machine et pour un résultat optimal, nous vous incitons à mettre votre **téléphone portable** en mode avion.

Je soussigné(e) certifie avoir lu et compris les informations ainsi que les contre-indications concernant la pratique de Hi-Sculpt et avoir répondu sincèrement au questionnaire de santé présenté ci-dessus. Je m'engage à respecter les consignes de l'opérateur et à signaler tout nouveau problème médical avant chaque séance. Je certifie sur l'honneur être en mesure de pratiquer le Hi-Sculpt. Je renonce également à tous recours juridique à l'encontre de l'établissement **Nicolas Fauvergue Cryothérapie et Bien-Être** en cas de fausses déclarations.

Cependant, en cas de doute sur les contre-indications notées ci-dessus sur votre état de santé, nous vous invitons à vous rapprocher de votre médecin traitant afin qu'il valide votre état de santé à la pratique de Hi-Sculpt.

Nom :

Prénom :

Date :

Signature précédée de la mention "lu et approuvé"

