

Formulaire pour les participants à la pratique du nyoung-nè

Nom Prénom (en lettres capitales s'il vous plaît)

.....

Adresse de la rue

.....

Ville.....

Code postal

N° de téléphone

Date de naissance

Avez-vous déjà participé à un nyoung-nè auparavant ?O/N

Avez-vous eu dans le passé des problèmes de santé

pendant ou après un nyoung-nè?O/N

Si oui, veuillez expliquer :

Etes-vous sujet à l'un ou l'autre des problèmes médicaux suivants (qui pourraient être aggravés par le jeûne et la déshydratation)

Les maladies cardiovasculaires en général, par exemple, insuffisance cardiaque, hypertension, modérée à grave, les cardiopathies ischémiques (angine de poitrine)O/N

· DiabèteO/N

· EpilepsieO/N

· Insuffisance rénale (maladie des reins) ...O/N

1.

Je souhaite participer aux nyoung-nès proposés par l'Institut Vajra Yogini durant lesquels je ne prendrai qu'un seul repas le premier jour, puis ni boisson ni aliment du premier jour minuit jusqu'au surlendemain matin 6h00.

J'ai bien compris que dans la pratique du nyoung-nè est incluse la pratique de nombreuses prosternations tout au long des 2 jours et le 3^e matin. Je reconnais que ce jeûne et cette abstinence de boisson, ainsi que ces efforts physiques peuvent être difficiles et provoquer ou aggraver une difficulté physique ou un problème médical. J'en suis pleinement conscient et j'en accepte les risques et les dangers.

2.

J'ai bien compris qu'il est de ma responsabilité en cas de problème de santé de consulter un médecin à ce propos avant de participer au nyoung-nè et de recevoir son accord pour pouvoir y participer.

Je déclare et garantis être en bonne forme physique et n'avoir aucun problème de santé ni blessure qui pourrait empêcher ma pleine participation au nyoung-nè.

3.

En considération de cette autorisation de participation au nyoung-nè, j'accepte d'assumer l'entière responsabilité de tous les risques, problèmes médicaux, blessures ou dommages, connus ou inconnus, qui pourraient survenir ou se compliquer suite à cette participation.

4.

En considération de cette même autorisation de participer au nyoung-nè, je renonce sciemment, délibérément et expressément à toute réclamation que je pourrais avoir ou requérir contre l'Institut Vajra Yogini, pour toute blessure, problème médical ou tout dommage que je pourrais subir suite à ma venue, ou à ma présence sur les lieux, ou à ma participation aux sessions du nyoung-nè.

5.

J'accepte que l'Institut Vajra Yogini appelle une ambulance s'il s'avère que j'aie besoin de soins médicaux et j'accepte de prendre la responsabilité de toutes les dépenses encourues.

6.

Moi-même, mes héritiers ou mes représentants légaux, définitivement, nous renonçons, abandonnons toute poursuite, nous nous engageons à ne pas en entamer, envers l'Institut Vajra Yogini, pour toute blessure, problème médical ou décès qui pourraient survenir, causés ou aggravés par ma participation au nyoung-nè.

7.

Je comprends qu'il est toujours de ma responsabilité d'informer le dirigeant du centre et le guide du nyoung-nè de tout problème médical, blessure ou opération que j'aurais connus auparavant, dès avant ma première session et à tout moment si besoin est.

8.

J'ai aussi compris qu'à l'exception d'une demande de remboursement, je ne peux émettre aucune réclamation contre l'Institut Vajra Yogini s'il me refuse l'autorisation de participer au nyoung-nè.

J'ai lu la décharge et le désengagement de responsabilité ci-dessus et j'en ai pleinement compris la teneur. J'accepte sciemment les termes et les conditions indiqués ci-dessus.

Date :

Signature du participant

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence (avec coordonnées postales, email, téléphone fixe et téléphone portable) :

1)

2)