**Fiche d'information médicale et de consentement**

Nom : ………………………………..……… Prénom :……………………………………….

Date de naissance ……………………………Téléphone ……………………………………

Mail : ………………………………………….........@.................................................................................

Motif de consultation : ………………………………… ville :……………………………………….

**Contre - Indications**

► Hypertension artérielle non soignée.

►Insuffisance respiratoire sévère, infection respiratoire aiguë, angine de poitrine.

► Insuffisance cardiaque, trouble du rythme cardiaque, insuffisance coronarienne

► Infarctus du myocarde de moins de 6 mois, pacemaker, dispositif cardiaque sous-cutané.

► Insuffisance circulatoire aiguë, thrombose veineuse profonde, micro-angiopathie et phlébite.

►Hyper uricémie (crise de goutte).

► Artériopathie de stades 3 ou 4.

► Anémie profonde.  
► Allergie au froid intense, hypersensibilité au froid.  
► AVC et embolie pulmonaire.  
► Colique néphrétique, colique hépatique.  
► Infection cutanée (aiguë, bactérienne ou virale).  
► Infection aiguë  
► Grossesse connue.  
► Épilepsie  
► Traitement oncologique

**ATTESTATION**

Je soussigné(e)…………………………………………… certifie avoir lu et compris les informations ainsi que les contre-indications ci-dessus concernant la pratique de la cryothérapie corps entier.

Je m'engage à respecter les consignes de l'opérateur et à signaler tout problème avant et pendant la séance. Je certifie sur l'honneur être en mesure de pratiquer une séance de cryothérapie corps entier.

Je renonce également à tout recours juridique à l'encontre de l'opérateur en cas de fausse déclaration.

❑ J'autorise l'opérateur à me prendre en photo durant et après la séance et à laisser la société CryoConcept la possibilité d’exploiter celle-ci sur son site internet.

Signature suivie de la mention *« lu et approuvé »*

**Fiche d'information médicale et de consentement**

Nom : ………………………………..……… Prénom :……………………………………….

Date de naissance ……………………………Téléphone ……………………………………

Mail : ………………………………………….........@.................................................................................

Motif de consultation : ………………………………… ville :……………………………………….

**Contre - Indications**

► Hypertension artérielle non soignée.

►Insuffisance respiratoire sévère, infection respiratoire aiguë, angine de poitrine.

► Insuffisance cardiaque, trouble du rythme cardiaque, insuffisance coronarienne

► Infarctus du myocarde de moins de 6 mois, pacemaker, dispositif cardiaque sous-cutané.

► Insuffisance circulatoire aiguë, thrombose veineuse profonde, micro-angiopathie et phlébite.

►Hyper uricémie (crise de goutte).

► Artériopathie de stades 3 ou 4.

► Anémie profonde.  
► Allergie au froid intense, hypersensibilité au froid.  
► AVC et embolie pulmonaire.  
► Colique néphrétique, colique hépatique.  
► Infection cutanée (aiguë, bactérienne ou virale).  
► Infection aiguë  
► Grossesse connue.  
► Épilepsie  
► Traitement oncologique

**ATTESTATION**

Je soussigné(e)…………………………………………… certifie avoir lu et compris les informations ainsi que les contre-indications ci-dessus concernant la pratique de la cryothérapie corps entier.

Je m'engage à respecter les consignes de l'opérateur et à signaler tout problème avant et pendant la séance. Je certifie sur l'honneur être en mesure de pratiquer une séance de cryothérapie corps entier.

Je renonce également à tout recours juridique à l'encontre de l'opérateur en cas de fausse déclaration.

❑ J'autorise l'opérateur à me prendre en photo durant et après la séance et à laisser la société CryoConcept la possibilité d’exploiter celle-ci sur son site internet.

Signature suivie de la mention *« lu et approuvé »*