

## Questionnaire Santé ( à renvoyer avec votre inscription )

Nom :

Prénom :

Votre condition physique dans l'instant de votre inscription :

Allergie OUI/NON

Je suis sous traitement avec les médicaments suivants :

Autres renseignements que vous jugeriez opportuns de nous communiquer :

### Déclaration :

Je soussigné(e)  
connaissance des faits suivants :

( Prénom et Nom) déclare avoir pris

Le séjour auquel je m'inscris ne prétend à aucun traitement de maladie.

Il ne bénéficie d'aucune structure ou encadrement médical. Les conseils qui y sont dispensés sont de simples conseils d'hygiène de vie qui ne peuvent en aucun cas remplacer la visite chez le médecin ou se substituer à un traitement médical.

Si mon médecin m'a prescrit des médicaments et/ou des soins, lui seul est habilité à modifier son ordonnance.

Ce séjour inclut des marches douces de 2 à 3 Heures et des ateliers dans la nature .

Je choisis à la lumière des faits exposés ci-dessus , de participer à ce séjour sous ma seule et entière responsabilité.

Je déclare être prêt(e) à vivre au sein d'un groupe de 5 personnes .

J'ai bien noté que l'usage de drogues durant le séjour est interdit.

Les règles élémentaires de bienveillance, discrétion et secret professionnel sont respectés.

date :

Mention lu et approuvé :

Signature