

Formulaire pour demande d'intervention

L'association se réserve le droit de ne pas entrer en matière, notamment en raison de ses disponibilités financières. Elle n'est pas tenue de motiver sa décision et tout recours est exclu. En cas de survenance d'un événement dommageable avec le partenaire désigné, l'association ne se subroge pas en principe aux droits du patient contre le partenaire ou tiers responsable. Sont réservées toutes les voies de droit et d'action du patient.

Informations personnelles

Sexe :

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

Etat civil :

Rue :

NPA / Ville :

Email :

Téléphone :

Autorisez-vous l'association à utiliser votre témoignage, votre photo, dans ses supports de communications ? ☐ Oui ☐ Non

Autorisez-vous l'association à utiliser votre témoignage, sans photo, dans ses supports de communications ? ☐ Oui ☐ Non

Autorisez-vous l'association à utiliser votre témoignage, avec un mon d'emprunt, dans ses supports de communications ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de signer la décharge de droit à l'image ci-jointe.

Maladie

* Certificat du médecin : ajouter les pièces en annexe. À l'exception des soins esthétiques (coiffeur, maquillage, etc.)

* Avez-vous une assurance complémentaire ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, laquelle ?

* A fournir ou remplir obligatoirement

Les besoins

Quelles sont vos attentes envers l'association ?

.....

Quels types de soins souhaitez-vous ?

Quel type de médecines alternatives connaissez-vous ?

Avez-vous eu déjà recours à la médecine naturelle ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles et à quelle fréquence ?

Yverdon-les-Bains, le

Signature

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de remplir ce formulaire. C'est avec plaisir que nous prendrons contact avec vous dans les plus brefs délais.

La Cassya