****

**FICHE CONSENTEMENT POUR LES SOINS**

**JOURNÉES RENCONTRES AUTHENTIQUES**

**JOSEPH CALANO**

**09-12 juin 2022 - Domaine de Capoue 26 400 ESCOULIN**

**PREAMBULE**

Ce préambule a pour but de vous informer avec transparence sur l’objet des journées de santé holistique**,** vous laissant le libre choix quant à votre approche de la santé et des soins auxquels vous souhaitez avoir recours.

Dans le concept de soin spirituel holistique, la notion de santé intègre les trois trésors de la vie humaine, *le corps, l’énergie et l’esprit.*

Vous êtes donc invités à abandonner vos à priori rationnels pour entrer dans le domaine des perceptions subtiles souvent difficile pour les occidentaux.

La méditation, le recueillement, la prière, l’humilité, la sincérité de vos intentions sont vos meilleurs atouts pour collaborer à la mise en place de votre processus de guérison.

Lors des journées de santé holistique, aucun conseil d’ordre médical ne vous sera prodigué.

**CONSENTEMENT**

**Je soussign(é)e\* ……………………………………………………. déclare avoir pris connaissance des différents points suivants :**

1. Je suis parfaitement au courant que ma participation aux journées de soins spirituels philippins de Joseph Calano ne garantit pas une amélioration ou l’assurance d’une guérison.
2. J’ai été informé(e) et je reconnais que les soins énergétiques prodigués par Joseph Calano ne sont en aucun cas des actes médicaux au sens de la médecine occidentale et qu’ils n’ont pas vocation de garantir une guérison.
3. L’intervention ponctuelle de Joseph Calano ne remplace en aucun cas les actes médicaux et chirurgicaux en cours.
4. Je dois rester en contact avec l’ensemble de mes médecins traitants, spécialistes ou généralistes, et ne pas interrompre mon traitement éventuel en cours.
5. J’ai donné mon plein, conscient et libre consentement en toute connaissance de cause.
6. Je suis venu participer de plein gré à cette/ces journée(s), consciemment et sans à priori.

 (\* Indiquer en lettres MAJUSCULES vos NOM et PRÉNOM) .

S’il s’agit d’un enfant, NOM et PRENOM DE L’ENFANT : ……………………………………………………

ADRESSE: ………………………………………………………………………………………………………………………………

TELEPHONE (obligatoire) : …………………………………………

Lieu et date :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Signature** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Je signerai les documents sur place à mon arrivée