****

Consentement

**d’enregistrement**

des séances

**Strictement Confidentiel**

Date : 2022-09-07

Nom : Prénom :

Adresse courriel :

No tél : No tél. urgence :

**Consentement à enregistrer les séances en audio ou vidéo**

[ ]  J’accepte et consent que la rencontre soit enregistrée sur bande audio ou vidéo.

**Compréhension des modalités**

[ ]  Je comprends que cette modalité est un outil de travail pour l’hypnothérapeute et me servira ensuite, entre les séances à les réécouter s’il y a lieu.

**Compréhension de l'utilisation des enregistrements**

[ ]  Je comprends que ces enregistrements ne serviront pas à d’autres fins que pour ma propre thérapie..

**Droits de regard**

[ ] Seul l’hypnothérapeute et moi-même, lorsque la rencontre a été enregistrée, pourront y avoir un droit de regard durant la période nécessaire servant à la thérapie.

**Propriété des enregistrements**

[ ] Je comprends que ce support appartient légalement à l’hypnothérapeute.

**Demande d'explications**

[ ] II est entendu qu'il m'est possible de demander toutes les explications que je désire sur l'usage qui sera fait de ces enregistrements.

**Signature**

[ ] En envoyant par courriel mon consentement, l’envoi fera office de signature de ma part et de preuve de mon consentement sur tout ce qui a été mentionné à chaque paragraphe ci-haut.

Date :

Signature :

