



Décharge de responsabilité professionnelle

Je, soussigné(e), _____, accepte de recevoir des soins de massothérapie qui me seront prodigués par _____, massothérapeute agréé(e). Je déclare avoir divulgué au ou à la massothérapeute toute condition physique ou autre qui pourrait être incompatible avec les soins que je m'apprête à recevoir. Je comprends que malgré le fait que le ou la massothérapeute ait pu prendre toutes les mesures raisonnablement possibles afin de respecter les consignes sanitaires établies par les autorités de santé publique, il pourrait tout de même subsister des risques de propagation ou de transmission de virus, tel la COVID-19.

Comme condition essentielle aux soins de massothérapie qui me seront prodigués, j'accepte de tenir indemne le ou la massothérapeute pour tous dommages ou pertes qui pourraient m'être occasionnés dans le cadre des soins prodigués ou comme suite de ceux-ci. À cet effet, je renonce à toute réclamation passée, présente ou future ayant comme origine les soins reçus. Je décharge ainsi le ou la massothérapeute agréé(e) ainsi que toutes autres tierces personnes avec qui celui-ci ou celle-ci pourrait être affilié(e) de toute responsabilité de quelque nature que ce soit en lien avec les soins reçus par le ou la massothérapeute.

Ce faisant, le ou la massothérapeute agréé(e) s'engage à offrir un soin de qualité et à respecter les normes sanitaires des autorités de santé publique applicables aux soins thérapeutiques.

SIGNÉ À _____, ce ____ ième jour du mois de _____ 20__

Signature du client