



Mélissa Lo Cicero

Thérapeute / Art-thérapeute RNCP / Thérapeute en Constellations familiales / Formée à la prise en charge du psycho-traumatisme / Praticienne E.F.T.

Téléphone : (0)6 40 27 10 72

Numéro SIRET : 833 336 555 000 44

[www.melissalocicero.fr](http://www.melissalocicero.fr)

Cabinet principal : Pisciculture Petit, 2 chemin du Lienne, 39270, Ecrille

Cabinet secondaire : La Gioia, 21 rue sébile, 39000, Lons-le-Saunier

### « CHARTE D'INFORMATION ET D'ENGAGEMENT DU BÉNÉFICIAIRE »

- Vous êtes informés que je ne suis ni psychiatre ni psychologue, **les séances ne sont donc pas remboursées et ne se substituent en aucun cas à une prise en charge médicale.**
- Toute réservation d'une séance vous engage à **me prévenir au moins 48h à l'avance si vous souhaitez annuler ou reporter un rendez-vous.**  
**En cas de non-respect de cet engagement, les séances devront être réglées par chèque, espèces ou virement bancaire dans leur intégralité, la semaine qui suit le rendez-vous manqué.**
- Toute réservation d'une séance en distanciel vous engage à **régler par virement bancaire la totalité de votre séance au moins 24h avant le jour de votre rendez-vous.**
- Tout travail thérapeutique avec moi nous engage mutuellement à respecter la **confidentialité du travail afin d'assurer le respect de l'intégrité morale du/des patient-s et du thérapeute.**
- Vous êtes informés **que les acomptes versés lors de la réservation d'une place à un stage sont obligatoires et ne seront en aucun cas remboursés ou réutilisables.** En cas d'annulation du stage, votre acompte vous sera remboursé intégralement ou sera réutilisable pour une prochaine session.
- Vous êtes informés **qu'il est de votre responsabilité de bien noter vos futurs rendez-vous lors des séances.** La durée et le tarif des séances est posée en séance. Vous pouvez retrouver ces informations sur mon site internet. **Veillez à respecter l'horaire et la durée du temps de séance.**
- Si pour une raison ou pour une autre, vous souhaitez arrêter un suivi déjà engagé, **vous êtes priés de me prévenir en amont du dernier rendez-vous dans le but de favoriser la croissance et l'avancement thérapeutique. Nous réalisons toujours une séance de fin de suivi.**
- **Pour des raisons d'allergies, je demande à ce que vous ne portiez pas de parfum et que vous n'ayez pas fumé ou bu d'alcool avant de venir en séance.**
- Vous êtes informés que le rapport patient/thérapeute **exclu toute relation intime ou sexuelle.**
- **En dehors des consultations, vous pouvez faire appel à moi pour toute demande ponctuelle en dehors des week-ends (du Samedi midi au Lundi 9h).**

## LISTE DES NUMÉROS D'APPELS À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

- **18** : Pompier : Incendies, accidents et urgences médicales.
  - **17** : Police secours ou gendarmerie (agression, violence).
  - **15** : SAMU Urgences médicales en agglomération.
  - **3114** : Prévention suicide
- En tant que thérapeute, je demeure disponible pour entendre et élaborer ce qui s'est passé en séance. En cas de doléance ou de réclamation, je me tiens à disposition pour échanger de vive voix, et en aucun cas par message vocal, sms ou de façon indirecte, afin d'éviter tout malentendu.
- Vous êtes informés que je me réserve le droit d'exclure toute personne ne respectant pas le cadre de ma pratique. Toute violence verbale ou physique sera signalée.

Je vous remercie de remplir ce document et me le renvoyer signé afin que je le joigne à votre dossier.

Respectueusement,

Mme Lo Cicero Mélissa, Thérapeute.

### PATIENT :

Nom / Prénom :

Adresse postale :

Mail :

Téléphone :

Fait à .....

Le .....

Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »