

Mélissa Lo Cicero

Thérapeute / Art-thérapeute RNCP / Thérapeute en Constellations familiales / Formée à la prise en charge du psycho-traumatisme

En cours de certification ; Praticienne E.F.T. / Praticienne en Maïeusthésie

Téléphone : (0)6 40 27 10 72

Numéro SIRET : 833 336 555 000 44

www.melissalocicero.fr

Cabinets : Pisciculture Petit, 2 chemin du Lienne, 39270, Ecrille / La Gioia, 21 rue sébile, 39000, Lons-le-Saunier



Afin d'assurer le bon déroulement des séances je vous invite à lire, signer et me retourner par mail ou en version papier lors de notre premier rendez-vous la charte suivante :

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

- Vous êtes informé 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.**
- Tout travail thérapeutique **en groupe ou en individuel** vous engage comme moi à respecter la **confidentialité du travail.**
- **En cas d'annulation ou de report d'un rendez-vous, vous vous engagez à me prévenir au moins 48h à l'avance.** En cas de non-respect de cet engagement, les séances devront être réglées par chèque, espèces ou virement bancaire dans leur intégralité, au plus tard, la semaine suivant le rendez-vous manqué.
- Pour toute réservation d'une séance en distanciel, vous veillez à **régler par virement bancaire la totalité de votre séance au moins 24h avant le jour de votre rendez-vous.**
- Vous êtes informés **que les acomptes versés lors de la réservation d'une place à un stage sont obligatoires et ne peuvent en aucun cas être remboursés ou réutilisables.** En cas d'annulation du stage de ma part, votre acompte vous sera intégralement remboursé ou sera réutilisable pour une prochaine session de votre choix.
- **Vous vous engagez à respecter l'horaire de vos rendez-vous et à 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.
- **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.**
- Vous êtes informés que le rapport patient/thérapeute **exclu toute relation intime ou sexuelle.**
- Vous êtes informés que je ne suis pas un service d'appel d'urgence et que je ne réponds pas aux appels et messages le week-end.

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
- **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 **je me réserve le droit d'exclure toute personne ne respectant pas le cadre de ma pratique ou ayant un comportement inapproprié.**

Merci de votre attention.

Ce document est à me retourner **signé manuellement** afin que je le joigne à votre dossier.

Respectueusement,

Mme Lo Cicero Mélissa, Thérapeute.

CONSENTEMENT à la « CHARTE D'INFORMATION ET D'ENGAGEMENT DU BÉNÉFICIAIRE »

PATIENT :

Nom / Prénom :

Adresse postale :

Mail :

Téléphone :

Fait à

Le

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé.»