



APA SANTÉ

# Contrat de participation

*Pour partenaire*

Le présent contrat est souscrit entre APA Santé et Vous (ci-après désigné comme « le Partenaire »).

## État de santé

Le Partenaire atteste que la condition physique et l'état de santé des participants leur permettent de pratiquer une activité physique et que la pratique d'activités physiques ne risque pas d'altérer leur état de santé, leur sécurité ou leur condition physique. En cas de doute, le Partenaire devra demander un avis médical, afin de confirmer leur aptitude à exercer une activité physique adaptée. Il n'est pas de la responsabilité d'APA Santé de faire pratiquer aux participants un test d'effort, ou tout autre test, afin de déterminer leur condition physique. Tout test éventuellement effectué par APA Santé aurait pour seul objectif de rassembler des données comparatives, afin d'évaluer les progrès des participants dans leur programme ; en aucun cas ce test ne pourrait servir d'outil de diagnostic.

## Assurance

APA Santé s'engage à ne prendre aucun risque inutile à l'exécution de ses prestations. Le Partenaire confirme que les participants sont couverts par une police d'assurance pour les dommages corporels dont ils pourraient être victimes en cas d'accident ou incident au cours de leur pratique d'activité physique. La responsabilité d'APA Santé ne pourra être engagée en cas de mauvaise déclaration faite par le Partenaire ou les participants quant à leur condition physique ou en cas de blessure résultant d'une incapacité, d'une diminution ou de toute autre altération de leur état physique.

## Responsabilité du Partenaire

Le Partenaire répond à l'égard d'APA Santé des dommages matériels et corporels que les participants pourraient causer, de leur propre fait, au sein des activités proposées par APA Santé et s'engage à payer tous les frais inhérents à ces dommages, sur présentation d'une facture ou d'une déclaration écrite.

## Objets perdus ou volés

Sauf dol ou faute grave de sa part, APA Santé décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol des affaires personnelles.

## Droit à l'image

APA Santé se réserve le droit de prendre des photos pouvant inclure les participants durant les activités et de les utiliser sur son site internet ou sur les réseaux sociaux à des fins de promotion. Ces photos sont destinées uniquement à cet usage. Si le Partenaire ou les participants **ne souhaitent pas** que ces photos soient faites, le Partenaire est tenu de le faire savoir à APA Santé en cochant la case suivante :

APA Santé se réserve également le droit de faire apparaître le Partenaire sur son site internet sous la rubrique « Partenaires et Témoignages ». Si le Partenaire **ne le souhaite pas**, il est de son devoir de le faire savoir à APA Santé en cochant la case suivante :



APA SANTÉ

### Tarifs

Si aucun document mentionnant les tarifs n'est transmis au Partenaire, les tarifs indiqués sur le site [www.apasante.ch](http://www.apasante.ch) font foi. En cas de changement de tarif, le Partenaire en sera averti et le nouveau tarif s'applique dès ce moment.

### Facturation

Une facture est envoyée à la fin de chaque mois avec le décompte des heures effectuées. Elle doit être réglée dans un délai de 30 jours à partir de la date de facturation.

### Cas d'empêchement du Partenaire

En cas d'empêchement, le Partenaire doit avertir APA Santé au minimum 48h à l'avance. Si ce n'est pas le cas, la séance sera facturée.

### Arrêt des séances

Les séances peuvent être stoppées à tout moment.

### Secret professionnel

Les thérapeutes d'APA Santé sont soumis au secret professionnel pour chacune de leurs interventions.

### Confidentialité des données

APA Santé s'engage à ne traiter les données personnelles du Partenaire et des participants que dans le but indiqué lors de leur collecte, qui est prévu par une loi ou qui ressort des circonstances.

Nom du Partenaire : .....

Adresse postale complète : .....

Nom du contact : .....

Prénom du contact : .....

Adresse mail du contact : .....

Téléphone du contact : .....

Fait et signé en deux exemplaires.

.....

Lieu et date

.....

Signature de la personne de contact

**APA Santé**

[www.apasante.ch](http://www.apasante.ch)  
[info@apasante.ch](mailto:info@apasante.ch)