



APA SANTÉ

Contrat de participation

Pour particuliers

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

État de santé

Le Participant atteste que sa condition physique et son état de santé lui permettent de pratiquer une activité physique et que la pratique d'activités physiques ne risque pas d'altérer son état de santé, sa sécurité ou sa condition physique. En cas de doute, le Participant devra demander un avis médical, afin de confirmer son aptitude à exercer une activité physique adaptée. Il n'est pas de la responsabilité d'APA Santé de faire pratiquer au Participant un test d'effort, ou tout autre test, afin de déterminer sa condition physique. Tout test éventuellement effectué par d'APA Santé aurait pour seul objectif de rassembler des données comparatives, afin d'évaluer les progrès du Participant dans son 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 Participant confirme avoir souscrit une police d'assurance le couvrant pour les dommages corporels dont il pourrait être victime en cas d'accident ou incident au cours de sa pratique d'activité physique. La responsabilité d'APA Santé ne pourra être engagée en cas de mauvaise déclaration faite par le Participant quant à sa condition physique ou en cas de blessure résultant d'une incapacité, d'une diminution ou de toute autre altération de son état physique.

Responsabilité du Participant

Le Participant est responsable des dommages matériels et corporels qu'il pourrait causer, de son 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 le Participant 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 Participant **ne souhaite pas** apparaître sur ces photos, il est de son devoir de le faire savoir à APA Santé en cochant la case suivante :

Tarifs

Les tarifs indiqués sur le site www.apasante.ch font foi. En cas de changement de tarif, le Participant 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.

APA Santé

www.apasante.ch
info@apasante.ch



APA SANTÉ

Cas d'empêchement du Participant

Pour les séances en individuel ou en semi-privé, la séance doit être reportée au minimum 48h à l'avance et dans la semaine en question, selon les disponibilités du thérapeute. Si ce n'est pas le cas, la séance sera facturée.

Pour les séances de groupes, le Participant peut annuler son inscription sans frais au plus tard 24h avant le début de la séance. Passé ce délai, elle lui sera facturée.

Arrêt des séances

Les séances peuvent être stoppées à tout moment.

Pour l'individuel ou le semi-privé, si le Participant a choisi un abonnement de plusieurs séances à prix dégressif sans en utiliser la totalité, la différence de prix lui sera facturée.

Pour les groupes, en cas de raison majeure (déménagement définitif, blessure avec certificat médical...), et si le Participant a un abonnement de plusieurs séances à prix dégressif et qu'il ne les a pas toutes utilisées, il peut demander un remboursement et la différence de prix des séances effectuées lui sera facturée.

Confidentialité des données

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

Nom :

Prénom :

Adresse postale complète :

Date de naissance :

Adresse mail :

Numéro de téléphone :

Fait et signé en deux exemplaires.

.....

Lieu et date

.....

Signature du Participant

APA Santé

www.apasante.ch

info@apasante.ch