

הצהרת בריאות ושחרור מאחריות לקראת פעילות הנחיה

אני מאשרת בזאת כי ההנחיה שאקבל מ _____ בהתבסס על הידע, הכלים והיכולות של המנחה ובין היתר על שיטת "משחקי הכוחות", נעשית מרצוני ועל אחריותי ואני מצהיר/ת שאני מקבלת את ההנחיה כשמצבי הבריאותי – הפיזי והנפשי בריא ותקין וכי אין לי רגישות או מגבלות פיזיות או נפשיות-רגשיות, מחלה פסיכיאטרית וכו' שמונעות ממני לקבל את ההנחיה.

אני מאשרת בחתימתי שאני לוקחת אחריות מלאה על בריאותי, בטחוני ומצבי הנפשי והרגשי ושיש ברשותי כיסוי רפואי. אני מאשרת שלא יהיו לי ולמי מטעמי כל טענות או תביעות בקשר לכל נזק בעקבות פעילות ההנחיה הזו כנגד מנחה הפעילות או כנגד מנהלי או מפתחי השיטה או מי מטעמם. שיטת "משחקי הכוחות" הינה שיטת הנחיה לזיהוי וניהול הכוחות הפנימיים והיא איננה שיטה המעניקה ייעוץ מקצועי או טיפול כלשהו. אני מודעת שפעילות ההנחיה שקיבלתי אינה מהווה תחליף לייעוץ מקצועי או לטיפול רפואי, תרופתי, או פסיכולוגי.

מספר ת.ז.

חתימה

תאריך

שם מלא