

## FICHE DE PRE-INSCRIPTION

### SEJOUR DE JEÛNE AVEC ACCOMPAGNEMENT MEDICAL

*A imprimer, remplir et renvoyer par courrier postal à :*

**Académie Médicale du Jeûne, 26 rue des Tintiaux, 35260 CANCALE,**

**ou bien par courriel à [contact@academie-medicale-du-jeune.fr](mailto:contact@academie-medicale-du-jeune.fr)**

NB : Les dates et lieux sont régulièrement mis à jour sur le site de l'Académie Médicale du Jeûne et sur les sites des Centres organisateurs

#### 1. Vos coordonnées :

NOM, Prénom :

Vous êtes :  homme  femme

Date de naissance :

Adresse postale :

Adresse courriel :

@

N° téléphone portable :

N° téléphone fixe :

Activité professionnelle (ou profession antérieure si retraité(e)) :

**Personne à prévenir si besoin pendant le séjour :**

NOM, Prénom :

Lien de parenté :

Téléphone :

#### 2. Conditions du séjour et validation :

**TARIFS** : Semaine du Samedi au Vendredi : **1290 euros** par personne, hébergement compris en chambre seule. Tarif « couple » pour deux inscriptions au même stage, en chambre partagée : 2480 €).

Ce tarif comprend :

Préparation au séjour de jeûne avec bilan médical initial, accompagnement médical du jeûne selon Buchinger avec encadrement et suivi personnalisé, randonnée ou exercice physique adapté quotidien accompagné, boissons BIO (jus de fruits + légumes, bouillons, tisanes, eau dynamisée), reprise alimentaire, séance quotidienne : mouvement thérapeutique, sophrologie, méditation, selon le cas, soirées à thème : physiologie du jeûne, adaptation métabolique, digestion, conseils nutritionnels, bénéfices thérapeutiques du jeûne et/ou de la cétose, importance de la reprise alimentaire et prolongation des bénéfices du jeûne.

#### **Votre inscription se fait en deux étapes :**

- Réception de **cette pré-inscription** comprenant le **questionnaire médical** rempli accompagné de l'**acompte** par chèque (530 €/personne) à l'ordre du Centre organisateur.  
NB : Votre acompte n'est encaissé qu'après validation de votre inscription par le médecin)
- Confirmation de votre inscription après bilan médical individuel (consultation ou téléconsultation, si besoin bilan biologique)

Cette pré-inscription est prise en compte par ordre de réception du dossier complet.

Vous recevrez un rendez-vous de (télé)consultation avec l'un de nos médecins afin de valider votre inscription.

Un mois environ avant votre séjour, vous recevrez les indications pour une descente alimentaire adaptée à votre situation personnelle.

Nous restons bien sûr disponibles pour toute information complémentaire.

### 3. Votre engagement :

---

J'atteste, en signant cette pré-inscription m'engager dans une démarche libre et volontaire, en étant informé(e) des bénéfices et des effets indésirables possibles du jeûne.

**J'ai bien pris connaissance des contre-indications médicales du jeûne :**

Cachexie (dénutrition extrême), corpulence < 18,5 kg/m<sup>2</sup>, anorexie mentale et troubles de l'alimentation, hyperthyroïdie non contrôlée, insuffisance cérébrovasculaire avancée ou démence, insuffisance hépatique ou rénale sévère, grossesse et allaitement, addictions, diabète de type I (ou sous insuline), troubles psychotiques, maladie coronarienne instable ou sévère, décollement de la rétine, ulcère gastrique et / ou duodéal évolutif, cancer et maladie maligne récent /en cours de traitement.

Je soussigné(e) certifie que mes déclarations de santé sont complètes, sincères et véritables et je suis informé qu'une déclaration incomplète dégage les médecins et les organisateurs de toute responsabilité à ce sujet.

Je m'engage également à prévenir les organisateurs de toute évolution de ma santé survenant avant le début du séjour.

J'atteste avoir souscrit un **contrat d'assurance couvrant ma Responsabilité Civile Individuelle** (dommages aux tiers) et villégiature pour le logement.

J'accepte les **conditions générales de vente** mentionnées sur le site du Centre organisateur.

### 4. Droit à l'image

---

Au cours du séjour des photographies et vidéogrammes peuvent être enregistrés à des fins de communication. Vous êtes susceptible d'apparaître sur ces supports.

**J'autorise** le Centre organisateur à utiliser ces images à titre gracieux. J'accepte que photos et vidéos enregistrées au cours du séjour sur lesquelles j'apparais soient utilisées, uniquement à des fins de promotion des séjours de jeûne médicalisés proposés par le Centre.

**Je n'autorise pas** l'utilisation des images ou vidéos sur lesquelles je suis reconnaissable.

Date et Signature, précédée de la mention manuscrite « *Lu et approuvé* »

N'oubliez pas de renvoyer le **questionnaire médical** ci-après sous pli fermé « à l'attention du médecin ». Merci.

## 5. Questionnaire médical confidentiel :

Afin d'optimiser votre séjour nous vous invitons à **répondre le plus complètement et sincèrement possible** au questionnaire ci-après. N'hésitez pas à ajouter toutes les précisions utiles ainsi que les justificatifs dont vous disposez. Répondez à toutes les questions.

**Ces données sont confidentielles et restent soumises au secret médical**, quelle que soit la suite donnée à cette pré-inscription. Merci de joindre ce questionnaire **sous enveloppe fermée « à l'attention du médecin du jeûne »**.

(Rappel)

<b>NOM :</b> Vous êtes : <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme N° téléphone :	<b>Prénom :</b> adresse mail :	<b>Date de naissance :</b> @
---	-----------------------------------	---------------------------------

Votre taille :                    mètre

Votre poids :                    kg

Pour quelle(s) raison(s) souhaitez-vous participer à ce stage de jeûne avec accompagnement médical ?

Quel problème de santé principal pensez-vous améliorer ?

Prenez-vous un traitement médicamenteux tous les jours ?

(si oui, merci de joindre une copie de votre ordonnance de traitement habituel)

Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ?

Merci de préciser motif(s) et dates :

Votre histoire médicale :

Avez-vous déjà jeûné :     NON                     OUI : quand ? combien de temps ?

*Évaluez de 1 (très mauvais) à 10 (très bon) les paramètres suivants :*

Votre état de santé global :

Votre état de stress ou de nervosité :

Votre digestion :

Votre sommeil :

Votre vitalité, votre énergie :

Consommations habituelles :

Tabac :

Alcool :

Café, thé :

Autres :

Votre alimentation habituelle : omnivore, végétarien, flexitarien, végétalien ou vegan (entourez votre préférence)

Combien de repas quotidiens :

Combien de repas hebdomadaires sont préparés par vous-même ?

Avez-vous des intolérances ou allergies alimentaires ?  NON  OUI : précisez ci-dessous

Avez-vous déjà fait un régime alimentaire ?  NON  OUI : quel régime ?

Votre pratique d'activité(s) physique(s) : Lesquelles ? Durée hebdomadaire ?

Pouvez-vous facilement vous asseoir à terre et vous relever seul(e) ?  OUI  NON

Pouvez-vous facilement marcher 6 kilomètres, ou une heure ?  OUI  NON

Pouvez-vous facilement marcher 12 kilomètres, ou deux heures ?  OUI  NON

Précisez votre situation familiale :

Des difficultés particulières à nous préciser concernant votre famille, ou vos proches ?

Votre Médecin traitant (nom, ville, téléphone) :

Avez-vous évoqué votre projet de jeûne avec votre médecin traitant ?

Si oui, commentaires du médecin :

Merci de préciser votre disponibilité pour le rendez-vous de (télé)consultation médicale (matinée, après-midi, soirée, jour de la semaine) :

Vous souhaitez peut-être ajouter des informations, n'hésitez pas à les mentionner dans l'espace ci-dessous.

Merci de toutes ces précisions et de votre temps, et à bientôt...