

INFORMATIONS PERSONNELLES

Date de la première rencontre : _____

Nom : _____

Adresse : _____ App: _____

Ville : _____ Code postal: _____

Date de naissance : _____

Tél. résidence : () _____ Confidentialité : oui___non

Tél. travail : () _____ Confidentialité : oui___non

Courriel : _____

Personne à contacter en cas d'urgence : _____

Téléphone : _____

Comment avez-vous pris
connaissance de mes services : _____

INFORMATIONS MÉDICALES :

Présentez-vous un problème de santé? Si oui, lequel? (incluant allergies)

Suivez-vous un traitement médical ou autre, pour ce problème? Si oui, lequel?

Motifs de consultation (visée des rencontres): _____

Signature du client : _____ date : _____

Date de la dernière rencontre : _____