

Fiche renseignements

À compléter et retourner avant la première rencontre

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Profession :

Situation familiale/ enfants (avortements, fausses-couches) :

Antécédents médicaux et thérapeutiques :

Pour quoi venez vous (souhait) :

Comment avez-vous trouvé cette adresse :

Engagements :

- Les consultations se font en cabinet et aussi à distance, par téléphone.
- En cas de désistement non justifié plus de 72h à l'avance, la séance est considérée comme due.
- Pour les ateliers, un acompte est demandé lors de l'inscription, il sera encaissé même en cas de désistement.
- J'accepte de recevoir des propositions d'ateliers et informations par mail.
OUI NON
- Je sais qu'en aucun cas le travail thérapeutique ne peut se substituer à un avis médical.

J'ai lu et j'accepte les modalités ci-dessus.

Date :

Signature :

Mélissa Raphaële Lo Cicero,
14 cours joubernon,
26 400, Crest

Art-thérapeute & Accompagnante en Constellations Familiales
www.sauleil-levant.com
(0)6 40 27 10 72

