



FORMULAIRE D'INSCRIPTION
Thérapie de petits groupes pour enfants
GESTION DE L'ANXIÉTÉ & CONFIANCE EN SOI

ENFANT

PRÉNOM ET NOM	
DATE DE NAISSANCE	ÂGE
NIVEAU SCOLAIRE	ÉCOLE FRÉQUENTÉE

RÉPONDANTS

MÈRE PÈRE AUTRE (précisez) :

PRÉNOM ET NOM	
TÉLÉPHONE DOMICILE	CELLULAIRE
TÉLÉPHONE TRAVAIL	POSTE
ADRESSE	
COURRIEL	

MÈRE PÈRE AUTRE (précisez) :

PRÉNOM ET NOM	
TÉLÉPHONE DOMICILE	CELLULAIRE
TÉLÉPHONE TRAVAIL	POSTE
ADRESSE	
COURRIEL	

Quelles sont les difficultés principales rencontrées par votre enfant ?

Votre enfant a-t'il déjà reçu un diagnostic neurodéveloppemental ? Si oui, lequel ?

Prend-t'il une médication pour celui-ci ? Si oui, laquelle ?

SIGNATURES

MÈRE	PÈRE
DATE	DATE