



Confidentiel

293, boul. Lacombe
Repentigny, Qc J5Z 2V6

T : 450.654.2986 / 514.813.2986

F : 514.360.2942

Site : cliniquedepsychologues.com

Courriel : admin@cliniquedepsychologues.com

Formulaire/DN.042019.Web

Veillez compléter le formulaire en écriture lisible et nous le retourner par courriel et ou texto.

Pour toute fausse déclaration, vous êtes tenue responsable. Merci!

- DONNÉES NOMINATIVES – Ouverture de dossier -
OBLIGATOIRE → **Veillez apporter l'original lors de votre première session.**

Date de la première session : _____ L'heure : _____

Prénom et nom du patient traité : _____

Adresse complète incluant le code postal : _____

Téléphone fixe / OU mobile : _____ Pouvons-nous laisser un message détaillé : Oui () Non ()

Courriel : _____ @ _____

Sexe du patient traité : Féminin () Masculin ()

Date de naissance du patient traité (jj.mm.aaaa) _____ âge : _____

S'il m'est impossible de me présenter à l'un de mes rendez-vous, je dois aviser de 24 à 48 heures ouvrables, afin d'éviter le frais administratif et le frais de traitement qui seront applicables automatiquement. (J'ai eu verbalement en personne et par téléphone, comment annuler mon rendez-vous et comment le faire.) Il est possible que la clinique ferme **MON DOSSIER ET SANS PRÉAVIS**, si ce délai n'est pas respecté. Autres détails en clinique.

Inscription/Adhésion annuelle 30.44\$ / par personne, plus les taxes applicables du Québec, est non remboursable. Si les sessions/séances est pour un enfant de moins de 14 ans, vous devez vous assurer que les deux parents doivent compléter le consentement parental, afin que nous puissions traiter l'enfant, selon la loi. Autres détails en clinique.

J'accepte les termes et conditions du formulaire de données nominatives. * **Vos initiales** (_____)

Veillez nous indiquer le prénom et nom à qui s'adresse le reçu _____

Signature X _____ Date : _____

À l'usage clinique (remarque/note) : _____

À l'usage de la Clinique : _____