



FICHE INFORMATION CLIENT

Ces informations sont essentielles pour mes dossiers. SVP, écrire lisiblement. Si une partie de cette feuille n'est pas claire ou qui ne s'applique pas à votre situation, SVP laisser l'espace vide.

INFORMATION D'INSCRIPTION:

Nom: _____ Date de naissance: _____

Numéro de téléphone à la maison: _____

Autorisation de laisser un message? O N

Numéro de téléphone cellulaire: _____

Autorisation de laisser un message? O N

Adresse courriel: _____ (formulaires et/ou rendez-vous)

Adresse postale à domicile:

Personne à contacter en cas d'urgence:

Nom: _____

Relation: _____

Numéro de téléphone: _____

Souhaitez-vous que notre personnel administratif vous donne un rappel de votre rendez-vous une journée ou deux avant votre rendez-vous? O N

Numéro de téléphone pour laisser le message: _____

Référé par (nom & fax): _____

Puis-je le/la contacter? O N



INFORMATION DE SANTÉ

Médecin de famille /Médecin traitant: _____

Puis-je le/la contacter? O N

Téléphone: _____

Psychiatre: _____

Puis-je le/la contacter? O N

Téléphone: _____

Autre professionnel de la santé: _____ Puis-je le/la contacter? O N

Téléphone: _____

Autre professionnel de la santé: _____ Puis-je le/la contacter? O N

Téléphone: _____

Conseiller / personne-ressource: _____ Puis-je le/la contacter? O N

Courriel / Téléphone: _____

Professeur/enseignant(e): _____ Puis-je le/la contacter? O N

Téléphone: _____ Courriel: _____

COUVERTURE D'ASSURANCES (lorsqu'applicable)

Nom de la personne assurée: _____

Compagnie d'assurance: _____

Rempli par : _____ Date: _____

Relation avec le client: _____