***FICHE DE RENSEIGNEMENTS (Merci de remplir la fiche à l’ordinateur si possible)***

NOM : PRENOMS :

*Numéro de téléphone :*

*Adresse mail :*

Date de naissance :

Adresse :

Profession :

Situation de famille :

Nombre d’enfants :

Nombre de frères et sœurs :

Votre place dans la fratrie :

Votre vécu enfant avec frères et sœurs :

Votre vécu enfant avec chacun des parents :

MALADIE(S):

(Précisez la date)

OPERATION(S):

(Précisez la date)

TRAITEMENT MEDICAL(en cours):

EVENEMENTS **NEGATIFS** MARQUANTS DANS VOTRE VIE, (avec les dates si possible) :

VOTRE DEMANDE :