**Formulaire d'inscription enfants - adolescents**

**Enfants/adolescents**

Nom : …………………………………………………………………………………………………………………………..

Prénom : ...………………………………………………………………………………………………………………….....

Date de naissance : …………………................................ Âge: ……………………………................. M/F

Numéro de registre national : ....................................................................................................................................

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………….............

…………………………………………………………………………………………………………………………………....

Tél/GSM :……………………………………………………………………………………………………………………......

E- mail:………………………………………………………………………………………………………………………….

Médecin traitant : ………………………………………………………………………………………………….................

École : ......................................................................................................................................................................

Mutuelle: …..……………………………………………………………………………………………………....................

Situation familiale : intacte/séparée

**Parent 1**

Nom & Prénom : …………………………………....................................................................................................

Situation familiale : intacte/séparée

Tél/GSM : …………………………………………......................................................................................................

E-mail : ………………………………………………....................................................................................................

**Parent 2**

Nom & Prénom : …………………………………....................................................................................................

Tél/GSM : …………………………………………......................................................................................................

E-mail : ………………………………………………....................................................................................................

Raison de l'inscription : ……………………………………………………………………………….........................

……………………………………………………………………………………………………………………………………

Qui vous a conseillé de nous contacter ?

* Propre initiative
* Médecin traitant
* Autre, à savoir ………………………………………………………………………………………………………

L’enfant / l’adolescents a-t-il déjà consulté un psychologue chez Faresa ?

* Oui. Chez qui et quand ? (pas de souci si vous ne vous en souvenez plus) : ………………………………
* Non

**À compléter par le psychologue**

**Date de la demande : Numéro de patient :**

**Nom de l'employé :**