**Formulaire d'inscription pour adultes**

Nom :.......................................................................................................................................................................................

Prénom : ....................................................................................................................................................................................

Date de naissance : .................................................................... Âge:........................................................... Sexe : M/F/ X

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

Adresse :.........................................................................................................................................................................................

Avez-vous des enfants ? : Oui / Non

Médecin généraliste (nom et numéro de téléphone) :..................................................................................................................

Mutuelle / assurance maladie :…….................................................................................................................................................

Raison d'inscription : .....................................................................................................................................................................

Prenez-vous des médicaments ? Si oui, quel est le nom, la dose et la fréquence de la prise ? :......................................................

Qui vous a recommandé de nous contacter ?

* Propre initiative
* Mon médecin généraliste
* Mon employeur : dans quelle entreprise travaillez-vous ?...........................................................................................
* Autre :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Avez-vous déjà consulté un psychologue chez Faresa ?

* Avec qui et quand ? (Pas de soucis si vous ne vous souvenez pas) : ……………………………………………………………………….
* Non

**Si le paiement est effectué directement par votre employeur,** dans quelle entreprise travaillez-vous ?...................................

**À compléter par le psychologue**

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

**Nom de l'employé :**