|  |  |
| --- | --- |
| **Bulletin d’inscription**  **---**  **Programmes hebdomadaires d’ateliers en groupe**  **Cycle de 5 à 7 semaines** |  |

CHOIX DU PROGRAMME : …………………………………………………………………………………………………………………………...

**Questionnaire strictement confidentiel**

(Nécessaire avant toute inscription- à renvoyer par mail à centredesoindustress@gmail.com)

Nom, prénom et âge :

Adresse :

E-mail :

Téléphone :

Profession :

Personne qui vous envoie :

Situation de famille :

Problèmes physiques :

Faites-vous du sport ? Lequel ?

Comment est votre sommeil ?

Au cours des cinq dernières années, avez-vous bénéficié d’un accompagnement psychologique ou médical, suivi un traitement et pour quelle pathologie ?

Prenez-vous des médicaments ?

Vous est-il arrivé d’avoir des pensées suicidaires ?

Médecin ou psychiatre référent :

Avez-vous une relation de dépendance avec une ou plusieurs substances (tabac, alcool, drogue) ?

Qu’est-ce qui compte le plus pour vous ?

Qu’est-ce qui vous procure le plus de plaisir ?

Qu’est-ce qui vous inquiète le plus ou quels sont les éléments les plus stressants pour vous ?

Quelle est votre motivation principale pour suivre ce programme ?

**Paiement par chèque à remettre lors du premier atelier. Échelonnement possible.**

Date et signature :