

***Demande d'accompagnement***

Premier rendez-vous

Tél : 0590923299

**INFORMATIONS DE CONTACT**

**CONFIDENTIEL**

**Vos coordonnées**

**NOM et Prénom**

**Ville de résidence**

**Adresse mail et**

**téléphone**

**Présentation Générale**

Quelle est votre âge ?

Avez vous une profession en ce moment et quelle est elle ?

Comment avez vous entendu parlé de mon Cabinet ?

**Quelques habitudes de vie....**

Pour chaque item cochez l'évaluation qui vous correspond le mieux en ce moment.

Item	++	+	-	--	Commentaires et précisions si vous le souhaitez
En ce moment je reste confiante dans les situations stressantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
J'ai une sensation générale de bien être	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Je sais identifier mes besoins au quotidien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Je vis des émotions ou des humeurs inconfortables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Je me sens bloqué dans un ou plusieurs domaine de ma vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
J'ai un objectif et je ressens des difficultés à l'atteindre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Qu'attendez vous de ce premier rendez-vous?	Connaître le Cabinet ainsi que sa pratique <input type="checkbox"/>	Un conseil utile pour me motiver <input type="checkbox"/>	Un accompagnement régulier dans mon activité professionnelle <input type="checkbox"/>	Une action formation pour régler mon problème <input type="checkbox"/>	

**Autres :**