**NOM :**  **Prénom (s) :**

**Date de naissance :** **Numéro de téléphone :**

**Adresse email :**

**Adresse  postale :**

**Profession** :

**Situation de famille** :

**AUTRES THÉRAPIES :**

**MALADIE (S) :**

**TRAITEMENT MEDICAL (en cours)** :

**AVEZ-VOUS DÉJÀ RECOURU À L’HYPNOSE ?**

**AVEZ-VOUS DÉJÀ VÉCU UNE RÉGRESSION EN VIE ANTÈRIEURE ? SI OUI, COMMENT CELA S’EST-IL PASSÉ ?**

**EN QUELQUES LIGNES, QUELLE EST VOTRE DEMANDE**:

DATE ET SIGNATURE