



**FORMULAIRE D'INSCRIPTION**  
**Thérapie de petits groupes pour enfants**  
**Gestion de l'Anxiété & Confiance en Soi**

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Niveau scolaire: \_\_\_\_\_

Nom de l'école : \_\_\_\_\_

Nom de la mère: \_\_\_\_\_ courriel: \_\_\_\_\_

Adresse de la mère: \_\_\_\_\_

Tél. maison: \_\_\_\_\_ travail: \_\_\_\_\_ cell: \_\_\_\_\_

Nom du père: \_\_\_\_\_ courriel: \_\_\_\_\_

Adresse du père: \_\_\_\_\_

Tél. maison: \_\_\_\_\_ travail: \_\_\_\_\_ cell: \_\_\_\_\_

Quelles dimensions aimeriez-vous que votre enfant travaille et améliore durant les rencontres :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Signature de la mère et date**

\_\_\_\_\_  
**Signature du père et date**