

Atelier de petits groupes

**GESTION DE LA COLÈRE
&
CONTRÔLE DE 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: _____

Forces: _____

Faiblesses: _____

Vos attentes: _____

Autres informations: _____

Plage horaire de l'atelier et emplacement: _____

Signature mère: _____ père: _____

Date: _____