

ÉTAT DE SANTÉ :

- Souffrez-vous actuellement d'une maladie mentale non stabilisée? Si non, veuillez poursuivre à la prochaine question. Si oui, veuillez spécifier et contacter la responsable du programme avant de compléter votre inscription.

- Souffrez-vous actuellement d'une condition médicale particulière (maladie physique ou maladie mentale stabilisée). Si oui, laquelle (lesquelles) ?

- Prenez-vous présentement de la médication ou des suppléments ? La(les)quelle(s)?

- Consommez-vous présentement des drogues ou de l'alcool? Si oui, quelle substance consommez-vous et à quelle fréquence?

- Présentez vous le(les) symptôme(s) suivant(s) :

MIGRAINE, MAUX DE TÊTE	<input type="checkbox"/>	DOULEURS MUSCULAIRES	<input type="checkbox"/>	DIARRHÉE	<input type="checkbox"/>
TROUBLES DIGESTIFS	<input type="checkbox"/>	PALPITATIONS CARDIAQUES	<input type="checkbox"/>	INSOMNIE	<input type="checkbox"/>
ECZÉMA, PSORIASIS	<input type="checkbox"/>	INFECTIONS FRÉQUENTES	<input type="checkbox"/>	ARYTHMIE	<input type="checkbox"/>
PERTE D'ÉNERGIE	<input type="checkbox"/>	PLEURS PLUS FRÉQUENTS	<input type="checkbox"/>	DÉPRESSION	<input type="checkbox"/>
ANXIÉTÉ	<input type="checkbox"/>	ATTAQUE DE PANIQUE	<input type="checkbox"/>	IMPATIENCE	<input type="checkbox"/>
CRISES DE COLÈRE	<input type="checkbox"/>	TROUBLES DU SOMMEIL	<input type="checkbox"/>	IRRITABILITÉ	<input type="checkbox"/>
DÉSORIENTATION	<input type="checkbox"/>	FATIGUE	<input type="checkbox"/>	DÉPRIME	<input type="checkbox"/>
ISOLEMENT	<input type="checkbox"/>	IDÉES SUICIDAIRES	<input type="checkbox"/>	RETRAIT	<input type="checkbox"/>
PROBL. DE COMPORTEMENTS	<input type="checkbox"/>	CONFUSION	<input type="checkbox"/>	ABSENTÉISME	<input type="checkbox"/>
FAIBLE TOLÉRANCE À LA FRUSTRATION	<input type="checkbox"/>				
DIFFICULTÉ À PRENDRE DES DÉCISIONS	<input type="checkbox"/>				
PERTES COGNITIVES (DIFFICULTÉS D'ATTENTION – CONCENTRATION – MÉMOIRE)	<input type="checkbox"/>				
CONSOMMATION TOXIQUE ACCRUE (ALCOOL, DROGUES, MÉDICAMENTS)	<input type="checkbox"/>				
EXACERBATION DES PATHOLOGIES PHYSIQUE OU PSYCHOLOGIQUE DÉJÀ EXISTANTES	<input type="checkbox"/>				

- Veuillez indiquer le nom et le no. de téléphone de votre médecin de famille et/ou médecin(s) traitant(s) :

- Veuillez indiquer le nom et le no. de téléphone de votre psychologue (si tel est le cas) :

Nous vous remercions d'avoir complété ce questionnaire. Lors de la réception de celui-ci et de votre paiement, nous communiquerons avec vous par courriel, à moins d'avis contraire, pour confirmer votre inscription.



AUTO-COMPASSION EN PLEINE CONSCIENCE
FORMULAIRE DE RÉSILIATION D'INSCRIPTION :

Si vous deviez annuler votre inscription, veuillez utiliser ce formulaire :

Par la présente, je viens vous informer de mon souhait de faire procéder à la résiliation de mon inscription citée en référence.

Par conséquent, je vous remercie de bien vouloir me restituer le solde des sommes avancées, soit _____ \$ (soit le montant total si la demande de résiliation est effectuée avant le début des cours et selon la réglementation de la loi du consommateur en vigueur dans les circonstances où la formation est en cours)

Par avance, je vous en remercie et vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

Nom en lettres moulées du participant

Date

Signature du participant