**NOM :**  **Prénom :**

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

**Adresse email :**

**Adresse  postale :**

Profession :

Situation de famille :

Nombre d’enfants :

Difficultés :

Nombre de frère et sœur :

Votre place dans la fratrie :

Comment c’est passé votre naissance et la grossesse :

**Votre vécu enfant avec frères et sœurs :**

**Votre vécu avec chacun des parents enfant :**

Profession des parents aussi

**MALADIE (S) : (avec les dates si possible**

**OPÉRATION (S) : (avec les dates si possible)**

**TRAITEMENT MEDICAL (en cours)  et** Complément alimentaire :

**EVENEMENTS NEGATIFS MARQUANTS DANS VOTRE VIE ( avec les dates si possible)**

-

-

-

-

EN QUELQUES LIGNES LE **MOTIF** DE VOTRE VISISTE :

DATE ET SIGNATURE

*Afin d’optimiser les résultats et le travail de la séance, ne pas faire de séance thérapeutique, énergétique (type reiki, shiatsu…) avant 7 jours.*