**NOM : Prénom :**

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

**Adresse email :**

**Adresse  postale :**

Profession : (rapide parcours si plusieurs activités)

Situation de famille :

En couple et depuis combien de temps :

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 de vos parents

**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 :

Qu’est ce que vous souhaiter faire, améliorer, retrouver ou changer dans votre vie ?

DATE ET SIGNATURE (si possible de numériser ou sinon juste votre nom et prénom

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

**Confidentialité :** En répondant à cette fiche, vous acceptez que je garde votre adresse mail, en toute confidentialité et uniquement dans le cadre de mes activités et l’envoi d’informations telles que « Ma newsletter mensuelle » et/ou pour l’envoi des mes « Info Stage ». Désabonnement à tout moment sur demande.