



ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE DES ADULTES : CONSULTATIONS

Complétez vos données ou apposez une vignette bleue

Nom:

Prénom:

Adresse:

.....

NISS:

courriel :@.....

Consultations A compléter par le psychologue/psychothérapeute

Nom :

Adresse :

Atteste que les consultations suivantes ont bien été dispensées :

	Date consultation	Montant payé	Signature	Date du paiement
1	.../.../20.....			.../.../20.....
2	.../.../20.....			.../.../20.....
3	.../.../20.....			.../.../20.....
4	.../.../20.....			.../.../20.....
5	.../.../20.....			.../.../20.....
6	.../.../20.....			.../.../20.....

Nom :

Adresse :

Atteste que :

A suivi un cours de méditation pleine conscience du .../.../20..... Au .../.../20.....

Et a payé un montant de €

Je soussigné(e), déclare qu'aucune intervention de l'INAMI n'est possible pour cette prestation et d'être enregistré(e) en date de(s) prestation(s) auprès de (*)

- La commission des psychologues (numéro d'agrément :.....)
- Le SPF Santé publique via un visa pour les psychologues cliniciens agréés
- La liste des psychothérapeutes agréés établie par la ML
- La Vlaamse Vereniging van Orthopedagogen
- L'Association Francophone des Orthopédagogues Cliniciens

(Date et signature psychologue/psychothérapeute)