



## Accompagnement psychologique : consultations

| Vos données                 |  |
|-----------------------------|--|
| Nom et prénom               |  |
| Adresse                     |  |
| Numéro de registre national |  |
| Adresse e-mail              |  |

| Coordonnées du psychologue/psychothérapeute |  |
|---------------------------------------------|--|
| Nom                                         |  |
| Adresse                                     |  |

|   | Date de consultation | Montant payé | Signature | Date du paiement |
|---|----------------------|--------------|-----------|------------------|
| 1 | ___/___/_____        |              |           | ___/___/_____    |
| 2 | ___/___/_____        |              |           | ___/___/_____    |
| 3 | ___/___/_____        |              |           | ___/___/_____    |
| 4 | ___/___/_____        |              |           | ___/___/_____    |
| 5 | ___/___/_____        |              |           | ___/___/_____    |
| 6 | ___/___/_____        |              |           | ___/___/_____    |

Je, soussigné(e), déclare qu'aucune intervention de l'INAMI n'est possible pour cette prestation.

- Je déclare être un(e) psychologue agré(e).  
 Je déclare être un(e) orthopédagogue agré(e).  
 Je déclare, en tant que thérapeute, être membre d'une association professionnelle, à savoir :

\_\_\_\_\_

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Signature du psychologue/psychothérapeute: