



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: