



Prescription pour l'art-thérapie

Identité client/e:

Nom	_____
Prénom	_____
Rue	_____
NPA/Lieu	_____
Tél. privé	_____
Tél. prof.	_____
Date de naiss.	_____
Assureur	_____
No. d'ass./acc.	_____

Art-thérapeute:

Nom
Prénom
Rue
NPA/Lieu
Tél. atelier
Courriel

Spécialisation	<input type="checkbox"/> Thérapie par la danse et le mouvement <input type="checkbox"/> Thérapie par la parole et le drame <input type="checkbox"/> Thérapie à médiation plastique et visuelle <input type="checkbox"/> Thérapie Intermédiale <input type="checkbox"/> Musicothérapie
----------------	---

No RME / ASCA / EGK / Visana:

Diagnostic médical:

- Maladie Accident Maternité

--

Objectifs thérapeutiques:

--

Nombre de séances _____

Médecin (timbre)
Date / Signature

Art-thérapeute (timbre)
Date / Signature