



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	☐ Thérapie par la danse et le mouvement ☐ Thérapie par la parole et le drame ☐ Thérapie à médiation plastique et visuelle ☐ Thérapie Intermédiaire ☐ 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