



## 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.....
7	.../.../20.....			.../.../20.....
8	.../.../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 Vlaamse Vereniging van Orthopedagogen
- L'Association Francophone des Orthopédagogues Cliniciens

(Date et signature psychologue/psychothérapeute)