

Pour les 14 @ 17 ans / Pour les 18 ans et plus

Addiction/Alcool/Drogues/Médicaments...

Le suivi de la thérapie **Tic 6.S2**
permet au client de s'impliquer au maximum dans
sa démarche.

**6 rencontres
consécutives aux
deux semaines.**

Thérapie l'impact clinique
en externe.



**Clinique de
Psychologues Inc**
N'hésitez pas à nous
contacter pour poser vos
questions au
450.654.2986

Une évaluation est réalisée avec le client en début de démarche et des objectifs sont fixés en fonction des besoins et des attentes de la personne. En thérapie individuelle, le suivi est adapté à la personne. Il peut viser une diminution de la consommation ou l'arrêt complet. Le but est de réduire au maximum les effets négatifs de sa consommation dans sa vie. **Adhésion/inscription à tout moment.**

Les rencontres sont basées sur le modèle des entrevues motivationnelles

- ✓ **Choix N° 1.A → 6 rencontres aux deux semaines, consécutives.**
- ✓ **Choix N° 1.B → Durée : Une heure par rencontre.**
(50 minutes la consultation et 10 minutes de notes évolutives).
- ✓ **Choix N° 1.C → Frais d'inscription : 39.00\$ / par personne.**
- ✓ **Choix N° 1.D → Le coût : 86.98\$ / par personne, par rencontre.**



Est non remboursable, est non transférable, présent ou pas.

Les places sont limitées. Détails en clinique. Acceptons :    

Veuillez compléter lisiblement le formulaire d'inscription à la page Tic/6.S2_2 de 2 et nous le retourner par télécopieur au 514.360.2942 et ou par courriel à service@cliniquedepsychologues.com et nous allons confirmer et communiquer avec vous, afin de compléter votre inscription dans le délai d'une heure à trois jours ouvrables, (sauf les jours fériés et durant la période de vacances.) Merci!

La description, les prix et les termes sont sujets à un changement sans préavis. Taxes en sus. Prix : CAD. Certaines conditions et restrictions s'appliquent. N'hésitez pas à communiquer avec nous pour toute question ou demande. Page Tic/6.S2 _ 1 de 2

Je soussigné(e),

Prénom _____ Nom _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____


Téléphone fixe / ou mobile _____

Date de naissance (jj.mm.aaaa) _____ Âge _____

Courriel _____

X _____ **Voire signature** _____ **Date** _____

Veillez compléter ci-dessous pour procéder à l'ouverture du dossier clinique pour votre thérapie Tic/6.S2

Veillez initialiser ci-dessous pour votre accord. Exemple  (FC)

- () **Thérapie Tic/6.S2 d'une fois par semaine et consécutives.**
- () **Est non remboursable, présent ou pas.**
- () **Les rencontres sont non transférables.**
- () **39.00\$ Frais d'inscription pour la thérapie Tic/6.S2, est non remboursable et payable sur réservation.**

Veillez encercler 3 choix pour pouvoir fixer les 6 rencontres le même jour et à chaque semaine.

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi

Veillez nous indiquer, votre choix numéro 1 (votre préférence), que vous aimeriez obtenir votre thérapie Tic/6.S2





Exemple: Mercredi

Veillez nous indiquer votre réponse ici: _____

Veillez nous indiquer votre préférence pour fixer la même heure à chaque semaine pour votre thérapie Tic/6.S2

() **En avant-midi** () **En après-midi** () **Le soir**

Mode de versements pour la thérapie . Veillez faire votre choix initialiser votre choix.

- () **Je veux payer en un versement et plus le frais d'inscription sur réservation. (Est non remboursable.)**
 - () **En 2 versements égaux. (Est non remboursable.)**    
- Votre paiement 1, sur réservation et plus le frais d'inscription.**
- Votre paiement 2, payable à la deuxième rencontre.**