

### IDENTIFICATION DU PÈRE

Nom	Prénom
Adresse	
Ville	Code postal
Téléphone	Cellulaire
Courriel	Âge
Occupation	État civil
Nbre d'enfant	Nbre d'enfant à charge

### IDENTIFICATION DE LA MÈRE

Nom	Prénom
Adresse	
Ville	Code postal
Téléphone	Cellulaire
Courriel	Âge
Occupation	État civil
Nbre d'enfant	Nbre d'enfant à charge

### IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom	Prénom
Adresse	
Ville	Code postal
Date de naissance	Âge
Position dans la famille	

### Fratie

Nom	Prénom	filie	garçon	Âge	Infos pertinentes

**Référence aux services :**

Qui vous a référé?  Un client ou ex-client  Site Internet  Autre précisez :

**Demande de reçu :**

J'ai une assurance qui couvre les services de naturopathie?  Oui  Non  Je ne sais pas

Je désire des reçus de naturopathie :  Oui  Non

Je désire des factures :  Oui  Non

**RAISON À L'ORIGINE DE LA DEMANDE DE COACHING**

Que voudriez-vous changer dans votre situation actuelle avec votre enfant?

Depuis quand vivez vous cela? (Date, évènement particulier)

Quels sont les effets de cet élément sur vous, sur l'enfant et sur votre famille?

Qu'avez-vous entrepris jusqu'à présent pour que les choses changent?

Quels sont les facteurs qui nuisent au changement?

De quoi auriez-vous besoins selon vous pour que les choses changent?

À votre connaissance, votre enfant souffre t'il d'un trouble ou d'un handicap particulier? Lequel?

Diagnostiquée par :  Médecin  Psychologue  Autre :

**Informations pharmaceutiques :** Votre enfant prend-t-il des médicaments prescrits par ce professionnel?

Non  Oui, si oui, précisez le nom, la quantité et la fréquence.

**Hérédité familiale** : Informations sur les principales maladies ou difficultés

Père	
Mère	
Frères	
Soeurs	

**Est-ce que votre enfant souffre ou se plaint de souffrir des symptômes suivants?**

Votre enfant souffre-t-il des symptômes suivants ?

<input type="checkbox"/>	mal au ventre	<input type="checkbox"/>	Fatigue	<input type="checkbox"/>	Diarrhée
<input type="checkbox"/>	Mal de tête	<input type="checkbox"/>	Étourdissement	<input type="checkbox"/>	Allergie : _____
<input type="checkbox"/>	Difficulté à dormir	<input type="checkbox"/>	Palpitation	<input type="checkbox"/>	Tremblements
<input type="checkbox"/>	Cauchemars	<input type="checkbox"/>	Eczéma	<input type="checkbox"/>	Nausées

Autre problème de santé :

**ÉVALUATION ÉMOTIONNELLE**

Indiquez la fréquence à laquelle votre enfant semble ressentir les émotions suivantes.

	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	s/o
Peur					
Rejet					
Gêne					
Rage					
Stress					
Colère					
Honte					
Doute					
Hostilité					
Impuissance					
Inquiétude					
Phobie					
Impatience					
Baisse d'estime					

	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	s/o
Irritation					
Ennui					
Tristesse					
Jalousie					
Nervosité					
Culpabilité					
Anxiété					
Désespoir					
Révolte					
Rancune					
Mépris					
Découragement					
Manque de confiance					
Dépression					

## ÉVALUATION COMPORTEMENTALE

Indiquez la fréquence à laquelle votre enfant adopte chacun des comportements suivants.

	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	s/o
S'isole					
Pleure					
S'automutile					
Se soumet, se laisse manipuler					
Se chamaille, et cherche la bagarre					
Triche, ment, ou vole					
Se faire vomir					
Crie, insulte, utilise des mots vulgaires					
Réagit avec agressivité, mord, frappe...					
Mange avec excès					
Essai de perdre du poids					
Critique et blâme les autres					
Veut être le boss					
Menace les autres					
Remet à plus tard, procrastine, manque de motivation					
A de la difficulté à se décider, pense longuement avant de prendre une décision					
Fuit, abandonne les défis					
Joue beaucoup aux Jeux vidéo-ordinateur					
À de la difficulté à s'exprimer, évite de parler en présence de d'autres personnes					
Donne des excuses pour ses erreurs.					
À de la difficulté à prendre sa place dans un groupe					
Fait des cadeaux pour se faire aimer ou accepte de faire des compromis désavantageux					
Tente de faire les choses parfaitement, prends beaucoup de temps à faire quelque chose					
Est facilement distrait, à de la difficulté à se concentrer					
Désir fréquemment manger des sucreries et de la malbouffe					
A de la difficulté à se faire des amis ou à garder ses amis					
Refuse de collaborer pour des tâche essentielles à son bien être (se laver, dents, dormir...)					
A de la difficulté à finir une tâche ou à s'organiser					
Refuse de collaborer lorsque quelqu'un lui demande un service					
Refuse de faire ses devoirs ou ses leçons					
À de la difficulté à s'endormir ou se réveille la nuit					
Fait des cauchemars, ou à des terreurs nocturnes...					
Refuse de reconnaître ses erreurs, rejette le blâme sur les autres					
Prend le blâme pour des choses qu'il n'a pas fait					
A des relations sexuelles malsaines					
Consomme des drogues					
Consomme de l'alcool					
Agresse des animaux					
Oubli ses effets personnels et perd des choses					
Autre, précisez :					



## CONSENTEMENT

Le client reconnaît avoir lu et compris les paragraphes suivants :

1. Mon Coach, m'a avisé que ses services sont axés sur le respect et la dignité de la personne et qu'ils répondent aux exigences des codes de déontologie du RITMA (Regroupement des Intervenants et Thérapeutes en Médecine Alternative).
2. Je comprends que les services offerts par mon coach à mon enfant sont de l'accompagnement, de l'enseignement, de l'aide et du soutien dans le but de lui permettre d'atteindre ses objectifs personnels et l'aider à s'épanouir.
3. Je reconnais que les reçus qui me seront remis en naturopathie le sont strictement en preuve de la réception du paiement versé pour les services rendus. L'utilisation de ce reçu à quelque fin que ce soit incluant, sans limitation, l'obtention d'un remboursement dudit paiement par toute personne, incluant une compagnie d'assurance, demeurera ma responsabilité exclusive et entière.
4. Je reconnais que le coach de vie n'effectuera aucune représentation quant à l'admissibilité ou la non-admissibilité du service reçu à pareille fin. Je reconnais avoir présenté une carte d'identification avec photo soit :  
; ma carte d'assurance maladie ou ; mon permis de conduire
5. Suite à l'entrée en vigueur de la LOI SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DANS LE SECTEUR PRIVÉ (LOI 68), je reconnais donner librement des informations relatives à mon dossier personnel et celui de mon enfant. À moins d'avis contraire de ma part par lettre enregistrée, je consens à ce que la thérapeute Mélanie Trudel consigne dans un dossier tous les renseignements que je lui ai transmis ou transmettrai, verbalement ou par écrit et ce, pour une période de cinq (5) ans.
6. Je reconnais que j'ai la responsabilité d'accompagner mon enfant pour qu'il arrive à l'heure exacte prévue à sa rencontre. Advenant le cas où il arrive dans un délai inférieur à 15 minutes après le début prévu de ma rencontre, il pourra recevoir les minutes de service restantes et payer le montant total de la consultation.
7. Dans le cas où mon retard excède 15 minutes, il ne pourra pas recevoir de services et je devrai payer une pénalité de 35\$, à moins de force majeure.
8. Dans le cas où il est impossible pour mon enfant de se présenter à sa rencontre, j'ai la responsabilité d'annuler son rendez-vous, au plus tard, dans les 24 heures avant le début prévu à cette rencontre en laissant un message vocal sur la boîte vocale ou encore un message texte. Dans le cas contraire, je devrai payer une pénalité de 35\$.
9. Le coach ne pourra me donner les détails du contenu des rencontres avec l'enfant à moins que la santé, la sécurité ou l'intégrité de l'enfant ne soit en jeu. L'enfant de son côté a l'entière liberté de partager le contenu des rencontres.
10. Je serai tenu au courant du degré d'implication de l'enfant dans les rencontres. Et ce sera à l'enfant de choisir s'il désire un prochain rendez-vous.

**Je suis responsable du vocabulaire médical que j'utilise et que je suis venu(e) de mon plein gré requérir des services de relation d'aide (coaching de vie) et de naturopathie.**

**Le parent doit signer pour l'enfant s'il est âgé de moins de 16 ans.**

Signature du père

\_\_\_\_\_

Signé à

\_\_\_\_\_

Signature de la mère

\_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_

Signature du coach

\_\_\_\_\_

