

[Nom de votre structure / cabinet / association]

Adresse : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

À l'attention de : Mme Lecoin et Mme Mingat
10 rue Jean Bourgey
69100 Villeurbanne

Date : ____ / ____ / ____

Objet : Orientation d'un patient vers le groupe Du Corps au TCA

Je soussigné(e),

- Nom : _____
- Prénom : _____
- Profession : _____
- Adresse e-mail : _____

souhaite orienter le/la patient(e) suivant(e) vers votre groupe thérapeutique :

Informations concernant le patient

- Nom : _____
- Prénom : _____
- Date de naissance : ____ / ____ / ____
- Diagnostic : _____

Informations complémentaires (facultatif) :

Je certifie avoir informé le/la patient(e) de cette orientation et de la transmission des informations ci-dessus.

Signature du/de la professionnel.le de santé :

Fait à : _____

Signature :