

Groupe de pratique de Pleine Conscience pour le rétablissement et le maintien de la santé

info@mpcmontreal.org

Formulaire de référence par un professionnel de la santé

Date : _____

Je, _ (Nom du /de la référant).e, _____
soussigné(e),

recommande à M. / Mme _____

souffrant de _____

de participer à un groupe de méditation de pleine conscience à des fins thérapeutiques.

Médecin

Psychiatre

Infirmier(ère)

Psychologue

Psychothérapeute

Travailleur(se) social(e)

Ergothérapeute

Autre _____

Signature du référant: _____

Courriel du référant: _____

Courriel du référé: _____

No RAMQ du référé (obligatoire) : _____