Groupe de méditation – Hôpital St-Mary & MPC-IPCAM

6000 Côte-des-Neiges Suite 110 Montréal, H3S 1Z8 Tél. : 514.272.2832

Formulaire de référence par un professionnel de la santé

Je, _(Nom du référant),_____ 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: _____