**Programme MBCT**

**Pleine Conscience**

en 8 séances + 1 journée, selon le protocole scientifique

**Questionnaire strictement confidentiel**

*ces informations nous permettent de mieux vous accompagner*

*\*réponses facultatives*

Nom, Prénom, Âge : ………………………………………………………………………………………………………………………………..

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

E-mail : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Téléphone portable : ………………………………………………………………………………………………………………………………..

Profession / Activité : ………………………………………………………………………………………………………………………………

Personne qui vous envoie / comment avez-vous connu le programme : ………………………………………………………………………………………………………………………

Situation de famille : ………………………………………………………………………………………………………………………………..

Faites-vous du sport, lequel ?………………………………………………………………………………………………………………….

Avez-vous des problèmes physiques ? Lesquels ? : ..................................................................................................................

..............................................................................................…………………………………………………………………………………………………..

Comment est votre sommeil ?……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Au cours des cinq dernières années avez-vous bénéficié d’un accompagnement psychologique médical, suivi un traitement et pour quelles pathologies\* ?................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Quels médicaments prenez-vous actuellement\* ? …………………………………………………………………………….......…

Vous est-il arrivé d’avoir des pensées suicidaires\* ?………………………………………………………………………………

Médecin ou psychologue référent\* ?………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………....................................................................................

Avez-vous une relation de dépendance avec une ou plusieurs substances (tabac, alcool, drogues) ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Qu’est-ce qui compte le plus pour vous ? ……………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Qu’est-ce qui vous procure le plus de plaisir ? ………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Qu’est-ce qui vous inquiète le plus et quels sont les éléments les plus stressants pour vous ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Quelle sont vos 3 principales motivations pour suivre ce programme ? ………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Inscriptions :** par email, avec une photo d’identité : aurelie.gillon@standupforyourdreams.com

Date et Signature :