

FICHE D'IDENTIFICATION ID FORM

Date d'ouverture / <i>Opening Date</i> :		Dossier / <i>File #</i>	
Nom de famille / <i>Maiden Name</i> :		Prénom / <i>First Name</i> :	
Autre nom de famille / <i>Other Family Name</i> :		Date de naissance / <i>Date of Birth</i> :	
Sexe / <i>Sex</i> :		Nom complet de la mère / <i>Mother's Complete Maiden Name</i> :	
Adresse / <i>Address</i> :		Ville / <i>City</i> :	
Province:		Code Postal / <i>Postal Code</i> :	
Pays / <i>Country</i> :		Téléphone (maison) / <i>Telephone (Home)</i> :	
Téléphone (travail) / <i>Telephone (Work)</i> :		Cellulaire / <i>Cellular</i> :	
Télécopieur / <i>Facsimile</i> :		Courriel / <i>Email</i> :	
Contact et informations en cas d'urgence / <i>Emergency Contact Information</i> :		Lien / <i>Link</i> :	
Occupation:			
Docteur de famille / <i>Family Doctor</i> :		Référé par / <i>Referred by</i> :	

Veuillez prendre connaissance des clauses ci-dessous et apposer votre signature au bas de la page.
Please read the following clauses and sign at the bottom of the page.

Consentement / Consent

En tant que parent ou gardien, j'accepte que mon enfant, âgé de 14 ans et moins, soit traité par un naturopathe agréé. Je reconnais que les clauses ci-dessous sont applicables.

As parent or guardian, I agree that my child, aged of 14 years old and younger, be treated by an accredited naturopath. I acknowledge that the clauses mentioned below are applicable.

Parent ou gardien (en lettres moulées) / *Parent or Guardian (in bloc letters)*

Dossier multi-disciplinaire / Multi-Discipline Chart

J'accepte que mon dossier soit suivi par plusieurs thérapeutes.

I accept that my chart may be followed by more than one therapist.

☐ Oui / *Yes*

☐ Non / *No*

Décharge / Discharge

Je reconnais que les programmes d'alimentothérapie et/ou les plans alimentaires sont des outils pour améliorer ma physiologie et/ou ma biochimie corporelle. Toutes les recommandations ne sont pas dans le but de guérir une maladie quelconque, donc, aucun diagnostic ne sera établi. Je suis entièrement responsable des informations fournies aux naturopathes agréés concernant ma santé. Les suppléments ne sont pas remboursables.

I acknowledge that all given food therapy programs and/or food plans are tools to improve my physiology and/or my body biochemistry. Recommendations are not given in order to heal any type of disease, therefore, no diagnosis will be established. Any information given to the accredited naturopaths regarding my health is of my sole responsibility. Any purchased supplements are not refundable.

Signature

Date

LES INFORMATIONS FOURNIES RESTENT CONFIDENTIELLES / ALL GIVEN INFORMATION REMAIN CONFIDENTIAL