

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

6000 Côte-des-Neiges Suite 110 Montréal, H3S 1Z8

Répondeur : 514.272.2832

info@mpcmontreal.org

Formulaire de référence par un professionnel de la santé

Date : _____

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: _____