



GROUPE DE SOUTIEN MUTUEL

Année :

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL PREALABLE

à l'admission d'un participant au groupe de soutien mutuel

Prénom :	Nom :
Age :	Profession actuelle ou ancienne :
Adresse :	
Tel :	Courriel :

- 1- Quels pertes, décès ou crises avez-vous vécu dans votre vie ?
- 2- Consultez-vous un psychologue, un psychiatre, un thérapeute ?
Si oui, lui avez-vous parlé de ce groupe de soutien ?
Est-il d'accord avec cette démarche ?
- 3- Quelles sont vos attentes par rapport à ce groupe ?
- 4- Avez-vous déjà fait un travail sur vous-même ? Si oui, à quelle période de votre vie ?
- 5- Pour vous assurer un confort lors de ce GSM, avez-vous des renseignements complémentaires à nous communiquer (mobilité réduite...) ?
- 6- L'organisation des groupes impose que vous nommiez une personne de confiance. Pouvez-vous noter ses coordonnées ?

Prénom :	Nom :	Tel :
----------	-------	-------

Association
Elisabeth Kübler-Ross
France

8-1, rue des Mécaniciennes
36000 Châteauroux
Tél. 02 54 07 01 69
contact@ekr-france.fr
www.ekr-france.fr