**Demande de rendez-vous vidéo Skype.**

(À renseigner par la personne de confiance ou le tuteur)

Nom du résident :

Prénom du résident :

Nom de la personne de confiance ou du tuteur :

Prénom :

Tél (portable) :

Adresse mail pour le rendez-vous Skype :…………………..…@...............

Indiquez au maximum 3 créneaux préférentiels numérotés de 1 à 3 :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi |
| 11h00 |  |  |  |  |  |
| 11h30 |  |  |  |  |  |
| 16h30 |  |  |  |  |  |

Je soussigné(e) M/Mme …………………………………….. (personne de confiance ou tuteur du président désigné ci-dessus), demande à bénéficier d’un entretien vidéo via Skype (15 mn environ).

Date : Signature :

Ce document est à renvoyer renseigné à l’adresse :

**psychologue@les-floralies.eu** au minimum 48heures avant le premier créneau de rendez-vous souhaité.

A plus tard la veille du rendez-vous retenu par l’établissement, nous vous confirmerons par mail l’heure de l’appel Skype.