

**FORMULAIRE PRE-PARCOURS TRANS**  
A renvoyer à [parcourstrans@c2s-legriffon.fr](mailto:parcourstrans@c2s-legriffon.fr)

Bonjour,

Le formulaire ci-dessous s'adresse aux personnes qui souhaitent être suivies par un des médecins du Centre de Santé Sexuelle Le Griffon pour leur hormonothérapie.

Les demandes étant de plus en plus nombreuses, merci de remplir ce formulaire pour connaître au mieux vos besoins et pour qu'un membre de l'équipe (médiateur ou infirmier) puisse vous contacter.

Les délais pour une première consultation médicale sont de trois mois environ, variable selon la disponibilité des professionnels

**Vos coordonnées**

NOM DE FAMILLE : .....

PRENOM D'USAGE : .....

(Celui que vous souhaitez que le Centre utilise pour communiquer avec vous, vous appeler en salle d'attente.

Il n'est pas indispensable d'avoir fait au préalable la demande officielle de modification d'Etat-Civil)

PRONOMS : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

CODE POSTAL : .....

MAIL : .....@.....

TELEPHONE : .....

**Mode de communication préféré :**

Téléphone :

Mail :

Disponibilités pour vous recontacter les mardis, mercredis et jeudis de 14h à 18h :

le ...../..... de .....h..... à .....h.....

Etes-vous déjà sous hormonothérapie ? OUI  NON

Texte libre, si vous souhaitez ajouter quelque chose sur votre situation ou des besoins spécifiques (demande d'accompagnement en santé mentale, urgence particulière, ...)