

Questionnaire de recherche (N.D.E.)

Expérience De Mort Retour « E.M.R. »

Si vous le désirez :

Nom :

Adresse :

N° de téléphone :

(au choix)

1. **Sexe :** 2. **Age :** 3. **Situation de famille :**

4. **Niveau d'études :**

5. **Profession :**

6. **Religion** (si vous en avez une) :

7. **Etes-vous pratiquant :** Un peu Beaucoup

8. **Sinon êtes-vous croyant ?**

9. **Pensez que les défunts continuent d'exister ?**

10. **Avez-vous essayé d'avoir des contacts avec eux ?**

11. **Pensez-vous qu'il existe une survie après la mort ?**

Résurrection Réincarnation Autres :

12. **Cette croyance a-t-elle changée au cours des années ?**

13. **Si oui, à la suite de quel phénomène ou événement ?**

14. **Connaissez-vous le phénomène E.M.R. (N.D.E.) ?**

15. **L'avez-vous vécu ?**

Si oui, dans quelles circonstances ?

(veuillez détailler ou me contacter si vous le souhaitez)

16. Sinon par quel canal l'avez-vous connu ?

17. Cette expérience vous intéresse-t-elle par :

Son aspect médical ? Spirituel ? Universel ?

18. La connaissance de l'E.M.R. A-t-elle renforcé ou provoqué en vous la croyance à une survie après la mort ?

19. Si oui, cela a-t-il eu des effets sur vos comportements dans votre vie quotidienne ?

Lesquels ? Veuillez détailler largement, merci

