

## DEMANDE D'ADHESION EN TANT QUE MEMBRE

---

– Section adulte :

– Section enfants et adolescents :

*(Selon la population avec laquelle vous travaillez majoritairement)*

### I. Données personnelles :

Mme / M.

Nom :		Prénom :	
Date de naissance :			
Adresse :			
Localité :		NPA :	
Tél. :		E-mail :	
Activité professionnelle actuelle :			

## II. Formation de base (médecin ou psychologue) :

Titre Universitaire :		Attestation N° :	
Date d'obtention du titre :			
Autorisation cantonale ou fédérale de pratiquer :		Attestation N° :	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• FMH en psychiatrie et psychothérapie</li> <li>• Titre psychologue-psychothérapeute FSP</li> <li>• Titre psychothérapeute ASP</li> </ul>		Attestation N° :	

### A) Expérience personnelle

Type d'expérience personnelle :	Nom, adresse du psychothérapeute / de l'analyste :	Nombre de séances accomplies et rythme :	Date :	Attestation No :

### B) Psychothérapies psychanalytiques supervisées

	Psychothérapies				Supervision :		
	Rythme :	Etat :	Durée :	Nbre de séances :	Durée :	Nbre de séances :	Attestation N° :
1							
2							
3							
4							

Rubrique « Rythme » : fréquence des séances

Rubrique « Etat » : EC = En cours T = terminée

### **III. Formation théorique en psychothérapie psychanalytique :**

<b>Titre :</b>	<b>Animateur ou enseignant :</b>	<b>Date :</b>	<b>Nbre d'heures :</b>	<b>Attestation N° :</b>

### **IV. Stage ou travail en institution :**

<b>Lieu :</b>	<b>Responsable :</b>	<b>Date :</b>	<b>Durée :</b>	<b>Attestation N° :</b>

**V. Parrainage :**

- Noms de deux membres certifiés de l'EFPP Suisse romande qui vous parrainent :

.....  
.....

**VI. Centres d'intérêts particuliers :**

.....  
.....  
.....  
.....

Date : .....

Signature : .....