

DEMANDE D'ADHESION EN TANT QUE MEMBRE EN FORMATION

- 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 :	

II. Formation de base (médecin ou psychologue) :

Titre Universitaire :		Attestation No :	
Date d'obtention du titre :			
Formation FMH/FSP/ASP en cours à (lieu):		Depuis quand :	

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

V. Centres d'intérêts particuliers :

.....

.....

.....

.....

Date :

Signature :