
DEMANDE D'ADHESION EN TANT QUE MEMBRE CERTIFIE

- 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"> ▪ FMH en psychiatrie et psychothérapie ▪ Titre psychologue-psychothérapeute FSP ▪ Titre psychothérapeute ASP 		Attestation N° :	

A) Expérience personnelle

Nom de l'analyste, adresse :	Dates :	Nombre de séances et rythme :	Attestation N° :

B) Psychothérapies psychanalytiques supervisées

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

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

Rubrique « Autres » : par exemple supervision de groupe

IV. Stage ou travail en institution :

Lieu :	Responsable :	Date :	Durée :	Attestation N° :

V. Parrainage :

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

.....
.....

VI. Centres d'intérêts particuliers :

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

Date :

Signature :