

## 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 :	

## 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

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 :**

<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 : .....