|  |  |
| --- | --- |
| Nom/Prénom Formateur/formatrice  Titre  Adresse  NPA/Localité  Tél. | Nom/Prénom Formateur/formatrice  Titre  Adresse  NPA/Localité  Tél. |

#### Formation postgraduée en psychothérapie centrée sur la personne

**F04 Module 1 / Attestation**

**Training de base : Théorie, Supervision, Pratique**

**pour**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
|  |  |
| Prénom |  |
|  |  |
| Date de naissance |  |
|  |  |
| Période (de … à) |  |
|  |  |
| Unités de formation au total |  |
| **Eléments de formation :** |  |
| * Connaissances et savoir faire | 176 unités (*à 45 minutes*) |
| * Supervision en groupe | 48 unités (*à 45 minutes*) |
| Nombre de participant/e/s  dans le groupe : |  |
| * Documentations de cas   (min. 3 cas à 16 unités) |  |
| * Propre pratique thérapeutique   (min. 90 unités) |  |
| Lieu/Date : |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Signature formateur/formatrice : | ………………………………………………… |
|  |  |
|  |  |
| Signature formateur/formatrice : | ………………………………………………… |