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

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

**F05 Module 1 / Attestation**

**Activité thérapeutique personnelle**

**pour**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
|  |  |
| Prénom |  |
|  |  |
| Date de naissance |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de séances de thérapie  *(min. 90 séances à 45 minutes)* | ………………………………………………… |
|  |  |
|  |  |
| Dates (du … au) | ………………………………………………… |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de thérapies supervisées | ………………………………………………… |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de thérapies supervisées  et documentées (*min. 3 thérapies*) | ………………………………………………… |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Lieu, date : | ………………………………………………… |
|  |  |
|  |  |
| Signature superviseur/formateur  superviseuse/formatrice | ………………………………………………… |