|  |  |
| --- | --- |
| Nom/Prénom Superviseur/FormateurTitreAdresseNPA/LocalitéTél. |  |

#### 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 | ………………………………………………… |