|  |  |
| --- | --- |
| Nom/Prénom Formateur/formatriceTitreAdresseNPA/LocalitéTél. | Nom/Prénom Formateur/formatriceTitreAdresseNPA/LocalitéTél. |

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

**F10 Module 3 / Attestation Théorie**

**Théorie : Connaissances et savoir-faire**

**Séminaires à choix**

**pour**

|  |  |
| --- | --- |
|  Nom |       |
|  |  |
|  Prénom |       |
|  |  |
|  Date de naissance |       |
|  |  |
|  |  |
| **Titre du cours** |       |
| Dates |       |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Nombre d’unités |       |
| *1 unité = 45 minutes ;**8 unités/jour max.* |  |
|  |  |
|  |  |
| Lieu, date |       |
|  |  |
|  |  |

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