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

**F18 Certification /Attestation**

**Certification de**

|  |  |
| --- | --- |
|  Nom |       |
|  |  |
|  Prénom |       |
|  |  |
|  Date de naissance |       |
|  |  |
|  Pays d’origine |       |
|  |  |
|  Lieu d’origine (y.c. canton) |       |

**Admission à la certification** (*⇨ à remplir par la CR*)

*Selon les dispositions de formation (DdF) du* *Date*

|  |  |
| --- | --- |
| Date |       |
|  |  |
| Nom, prénom |       |
|  |  |
|  |  |
| et |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Signature Commission de reconnaissance | ……………………………………………………… |

**Présentation d’une thérapie terminée (analyse du processus thérapeutique)**

|  |  |
| --- | --- |
| Date | ……………………………………………………………………………………………………. |
|  |  |
| Nom, prénom ……………………………………………………………………………………………………. |
|  |  |
|  |  |
| et |  |
| Signature du superviseur/de la superviseuse | ……………………………………………………… |
|  |  |
|  |  |
| Nom, prénom ……………………………………………………………………………………………………. |
|  |  |
|  |  |
| et |  |
| Signature du formateur/de la formatrice | ……………………………………………………… |