#### 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 | | ……………………………………………………… | |