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

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

**F09 Module 2 / Attestation**

**Théorie : Connaissances et savoir-faire**

**Séminaires obligatoires**

**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 | ………………………………………………… |