

## 1 – ETAT CIVIL

Mme. Mr. NOM : .....  
Prénom .....  
Adresse : .....  
Complément : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Pays : .....  
Téléphone fixe : .....  
Téléphone portable : .....  
E-mail : .....  
Site : .....  
Sexe : F  M

## 2 – FORMATION DANS LE CHAMP DE L'ART THERAPIE ET DE LA PSYCHOPATHOLOGIE

**Méthode de référence en art thérapie :** .....

Date du certificat ou du diplôme : .....

Organisme : .....

Nombre d'heures de formation .....

**Formation en psychopathologie :** .....

Date du certificat ou du diplôme ou de l'attestation de formation .....

Organisme : .....

Nombre d'heures de formation: .....

**Méthodes/techniques/Outils complémentaires :**

Date du certificat ou du diplôme ou de l'attestation de formation .....

Organisme .....

Nombre d'heures de formation: .....

Date du certificat ou du diplôme ou de l'attestation de formation .....

Organisme .....

Nombre d'heures de formation : .....

### 3 – DÉMARCHES PERSONNELLES

Art-thérapie, psychothérapie, psychanalyse, développement personnel, coaching

Méthode : .....

En groupe  En individuel

Nombre d'heures suivies : .....

Dates : .....

Nom du (ou des) praticien(s) .....

Méthode : .....

En groupe  En individuel

Nombre d'heures suivies : .....

Dates : .....

Nom du (ou des) praticien(s) .....

Méthode : .....

En groupe  En individuel

Nombre d'heures suivies : .....

Dates : .....

Nom du (ou des) praticien(s) : .....

### 4 - SUPERVISION DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Etes-vous actuellement en supervision ?

- OUI je suis en supervision dans le cadre de mon école  
 NON je ne suis plus en supervision dans le cadre de mon école

En groupe  En individuel

Nombre d'heures : .....

Nom du / des superviseurs : .....

- OUI je suis en supervision dans le cadre professionnel  
 NON je ne suis plus en supervision dans le cadre professionnel

En groupe  En individuel

Nombre d'heures : .....

Nom du / des superviseurs : .....

### 5 - CONDITIONS D'EXERCICE DE VOTRE PRATIQUE D'ART THERAPEUTE

## Cadre de travail

- En libéral
- En association
- En institution " Salarié "

## Clientèle concernée

- Adultes
- Enfants
- Adolescents
- Couples
- Familles
- Personnes handicapées
- Personnes âgées

## Type d'accueil

- En séances individuelles
- En groupe

Date du début de votre pratique .....

Nombre d'années d'exercice .....

Nombre total d'heures de pratique .....

Accessibles aux personnes handicapées et à mobilité réduite

- OUI
- NON

## Fonctions spécifiques

Etes-vous formateur dans un institut de formation d'art-thérapie ou de psychothérapie?

- OUI
- NON

Si oui, nom de l'organisme : .....

Méthode et outils : .....

Êtes-vous superviseur ?

- OUI
- NON

Si oui, nom de l'organisme : .....

Méthode et outils : .....

Responsabilité(s) bénévole(s) dans des organismes professionnels ou associatifs en relation avec

l'accompagnement des personnes : .....

Domaine d'intervention : .....

Fonctions : .....

Nom du ou des organisme(s) : .....

## 5 bis - CONDITIONS D'EXERCICE VISÉES POUR VOTRE PRATIQUE D'ART THERAPEUTE concerne les personnes en cours de certification finale et en cours d'installation

### Cadre de travail visé

- En libéral
- En association
- En institution " Salarié "
- Entrepreneur " Salarié "

### Clientèle souhaitée

- Adultes
- Enfants
- Adolescents
- Couples
- Familles
- Personnes handicapées
- Personnes âgées

### Type d'accueil visé

- En séances individuelles
- En groupe

Date du début de votre pratique envisagée : .....

### Fonctions spécifiques

Responsabilité(s) bénévole(s) dans des organismes professionnels ou associatifs en relation avec l'accompagnement des personnes : .....

Domaine d'intervention : .....

Fonctions .....

Nom du ou des organisme(s).....

## 6 - PLUS D'INFORMATIONS AU SUJET DE VOTRE CANDIDATURE

Professions antérieures ... ..

Nombre d'années d'exercice .....

Nature des études .....

Je déclare avoir lu le code de déontologie de l'AFATH, son règlement intérieur et les statuts.

Je m'engage à me conformer au Code de déontologie de l'AFATH.

Je certifie exactes les réponses que j'ai faites dans ce questionnaire.

Toute réponse inexacte entraînera la radiation de mon inscription à l'AFATH.

Date .....

Signature

Autres informations que vous souhaitez nous apporter :

.....  
.....  
.....  
.....