

1 – ETAT CIVIL

M. Mme. 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 :

Merci de joindre les justificatifs

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) :

Merci de joindre les justificatifs

4 - SUPERVISION DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Êtes-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 :

Merci de joindre les justificatifs

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
.....

Autres informations que vous souhaitez nous apporter :

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

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, lieu et signature

DOCUMENTS JUSTIFICATIFS A FOURNIR

Les dossiers incomplets seront systématiquement rejetés.

Merci de porter le plus grand soin à fournir TOUS les documents de façon à ce que nous puissions assurer votre adhésion dans les meilleurs délais.

- Attestations de thérapies personnelles certifiées par le thérapeute avec signature, dates et durées et/ou attestation sur l'honneur signée par vos soins avec la période des séances suivies si vous n'avez pas/plus accès à ces données

- Photocopies des diplômes, certificats de formations, attestations de présence

- Attestation de supervisions professionnelles, en individuel et/ou en groupe, mentionnant les coordonnées et le courant dans lequel s'inscrit le superviseur (plusieurs attestations peuvent être jointes si vous avez ou avez eu différents types de supervisions)

- Fiche INSEE de l'entreprise

- K-BIS de l'entreprise

- Copies du contrat de travail et des 3 dernières fiches de salaires si salarié en institutions et/ou associations

- Photo d'identité aux normes