

Réglementation transitoire pour les psychothérapeutes ne bénéficiant pas d'une formation pré et postgraduée conforme aux critères requis

Questionnaire sur la formation prégraduée, postgraduée et continue

1. Données personnelles:

Psychothérapeute:

Nom:

Prénom:

Titre:

Adresse:

NPA / Localité:

Autorisation cantonale¹ oui non canton

2. Formation de base (informations détaillées et attestations à fournir selon annexes numérotées)

Etudes universitaires en psychologie (branche principale) oui non

et en psychopathologie (branche secondaire) oui non

Autres diplômes d'une haute école oui non

Matières étudiées:

Haute école:

Autre type de formations oui non

Quel type: Fin d'études (année):

3. Formation postgraduée en psychothérapie (informations détaillées et attestations à fournir selon annexes numérotées)

Formation postgraduée dans la méthode suivante:

Nom et lieu de l'établissement de formation:

¹ Si vous disposez d'une autorisation cantonale d'exercer, veuillez en joindre une copie. Il n'est plus nécessaire de répondre aux autres questions.

Annexe 1

Théorie

Etablissement de formation:

Nom des formateurs:

De à Nombre total d'heures: N° du justificatif:

Etablissement de formation:

Nom des formateurs: Leur formation:

De à Nombre total d'heures: N° du justificatif:

Autres établissements:

Annexe 2

Expérience personnelle en setting individuel

Nom du/de la thérapeute:

De

à

Nombre total d'heures:

N° du justificatif:

Nom du/de la thérapeute:

De

à

Nombre total d'heures:

N° du justificatif:

Autres (avec les mêmes indications):

Annexe 3

Expérience personnelle en setting de groupe

Nom du/de la thérapeute:

De

à

Nombre total d'heures:

N° du justificatif:

Nom du/de la thérapeute:

De

à

Nombre total d'heures:

N° du justificatif:

Autres (avec les mêmes indications):

Annexe 4

Supervision

Nom du superviseur/de la superviseuse:

De à Nombre total d'heures: N° du justificatif:

Nom du superviseur/de la superviseuse:

De à Nombre total d'heures: N° du justificatif:

Autres (avec les mêmes indications):

Annexe 5

Activité psychothérapeutique

Institution / cabinet:

Fonction / activité:

De

à

Temps de travail moyen par sem.:

N° du justificatif:

Institution / cabinet:

Institution / cabinet:

De

à

Temps de travail moyen par sem.:

N° du justificatif:

Autres (avec les mêmes indications):