

# Inscription au titre de la formation professionnelle

AFTCC – Institut d'Enseignement – 2010-2011 – N° DE FORMATION CONTINUE : 11 75 04099 75

L'employeur Nom / raison sociale \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

s'engage à régler l'adhésion à l'AFTCC et les frais de formation pour :

## Formation initiale aux thérapies comportementales et cognitives

- Rappel en psychopathologie (*obligatoire pour les médecins non-psychiatres, optionnel pour les autres*)  
 Première année       Deuxième année       Troisième année\*  
 Cours du vendredi\*       Cours du samedi\*      (\* à préciser uniquement pour 3<sup>e</sup> année sur Paris)  
 PARIS       STRASBOURG/NANCY       TOURS/ORLÉANS

## Modules de spécialité

- Troubles Dépressifs  
 Troubles psychotiques  
 Supervision

## Ateliers optionnels

- N° 1       N° 2       N° 3       N° 4

de M./Mme : Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

• Adresse personnelle \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

• Adresse professionnelle \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Employé(e) en qualité de \_\_\_\_\_

Un montant de :

- formation ..... €  
– cotisation ..... €

(voir tarifs page 24)

Date : .....

CACHET ET SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR

N° de SIRET :