

# Inscription au titre de la formation professionnelle

AFTCC – Institut d'Enseignement – 2011-2012 – 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 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> année sur Paris*)

PARIS     STRASBOURG/NANCY     TOURS/ORLÉANS     RENNES

## Modules de spécialité

Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent

Nouvelles approches en TCC

Couple

Supervision :     Lundi     Mardi     Mercredi     Jeudi (Enfants)

## Ateliers optionnels

n° 1     n° 2     n° 3     n° 4    ou     n° 4a     n° 4b     n° 4c

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

Prénom \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

• Adresse personnelle \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

• Adresse professionnelle \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Employé(e) en qualité de \_\_\_\_\_

Montant de la formation ..... €

(voir tarifs page 26)

Date : .....

CACHET ET SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR

N° de SIRET :