

**ASSOCIATION FRANCAISE DE THERAPIE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE**  
Membre de l'European Association for Behavioural and Cognitive Therapies

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHESION A L'AFTCC**

Questionnaire à remplir très lisiblement et à adresser au :

Secrétariat Administratif de l'AFTCC

27 Rue de la Saïda – 75015 PARIS

Tél. : 01 45 88 35 28 - Télécopie : 01 45 89 55 66 – Courriel : aftcc@wanadoo.fr

<b>NOM :</b>	<b>Prénom :</b>
(Nom de jeune fille) :	
Mme ( )	Mlle ( )
M ( )	Dr ( )
	Pr. ( )
Date de naissance :	

**- PROFESSION -**

- Médecin généraliste :  ( )

- Médecin psychiatre :  ( )

- Médecin spécialiste autre (à préciser) :  ( )

- Psychologue :  ( )

- Etudiant (moins de 27 ans) :  ( ) (joindre un justificatif)

- Autre profession (à préciser) :

**- TITRES ET DIPLOMES -**  
(Joindre copie du diplôme : doctorat en médecine, DESS, DEA de psychologie, autres)

A préciser :

**- ADRESSES -**  
(Cocher l'adresse où vous souhaitez recevoir le courrier de l'AFTCC).

- Adresse professionnelle principale :  
Tél. : \_\_\_\_\_ Télécopie : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_

- Adresse personnelle :  
Tél. : \_\_\_\_\_ Télécopie : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_

**- MODALITES D'EXERCICE PROFESSIONNEL -**

Privé conventionné  ( ) Privé non conventionné  ( )

Public  ( ) Autre (à préciser)

**Vous demandez à adhérer à l'AFTCC en vue d'avoir ensuite le statut de thérapeute praticien.**  
Merci de renseigner les rubriques ci-dessous :

<b>- FORMATION EN THERAPIE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE -</b>	
Nombre d'heures – Cours théoriques	Nombre d'heures de supervisions
Nombre d'années	Noms des superviseurs
Lieu et date de la formation initiale en TCC :	
Validée par l'attestation AFTCC ou DU (Copie à joindre) :	
<b>MODULES DE SPÉCIALITÉS (Précisez lesquels)</b>	
Titres – Nombres d'heures	Validation
Depuis ces trois dernières années, avez-vous participé à un CONGRÈS DE TCC ? (Informez les lignes ci-dessous)	
Régional	
National	
Européen	
International	

A quelles revues de TCC êtes-vous abonné(e) ?

Si vous êtes actuellement en formation, merci d'indiquer : en quelle année êtes-vous ?

Où faites-vous votre formation ?

**- PARRAINAGE -**

(Faire signer cette demande par les deux personnes choisies parmi les membres titulaires de l'Association - Article 6 des Statuts de l'AFTCC - ou joindre une lettre d'accord de chacun d'eux) :

1° Nom :

Signature :

2° Nom :

Signature :

**Par quel moyen d'information avez-vous connu l'AFTCC ?**

**Remarques éventuelles :**

**Date et signature**

« Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au Secrétariat de l'Association. En application de l'Article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à AFTCC – Secrétariat Administratif – 27 Rue de la Saïda 75015 PARIS».