

Formulaire d'inscription

Formation à la CAPS-5

(Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5)

dans le trouble de stress post-traumatique

Nom : Prénom :

Adresse professionnelle :

Code Postal : Ville :

 :

@ :

Profession :

Comment avez-vous entendu parler de notre formation ?

.....
.....

Quelles sont vos attentes vis-à-vis de la formation ?

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

Session de formation souhaitée :

25/07/24 18/11/24 19/05/25 01/12/25

Date : / /

Signature :