

Formulaire d'inscription

Formation à la **Thérapie d'Exposition Prolongée**
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 :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 23 au 25 septembre 24 (Caen) | <input type="checkbox"/> 09 au 11 décembre 24 (Caen) |
| <input type="checkbox"/> 05 au 07 février 25 (Evreux) | <input type="checkbox"/> 16 au 18 avril 25 (Caen) |
| <input type="checkbox"/> 17 au 19 septembre 25 (Caen) | <input type="checkbox"/> 15 au 17 octobre 25 (Alençon) |

Consentez-vous à prendre en charge au moins un patient en Thérapie
d'Exposition Prolongée et à participer à au moins 4 supervisions d'1h30 ?

OUI NON

Date : / /

Signature :