



Centre Régional  
Psychotraumatisme  
Normandie



## Formulaire d'inscription

Formation à la **Thérapie des Processus Cognitifs**  
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 ?

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

Dates de session de formation souhaitée :

.....

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

OUI       NON

Date : ..... / ..... / .....

Signature :