





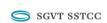
Département de psychiatrie CHUV, Faculté de biologie et médecine, Université de Lausanne Institut de psychologie, Faculté des sciences sociales et politiques, Université de Lausanne Département de psychologie, Faculté des lettres, Université de Fribourg Section de psychologie, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Genève

Formation postgrade interuniversitaire romande en psychothérapie comportementale et cognitive

Attestation d'expérience thérapeutique personnelle en TCC

Je, soussigné(e), atteste que	a effectué
une expérience thérapeutique pe	ersonnelle (développement personnel) dans
l'approche cognitivo-comportementale.	
D	
Période concernée : du	au
Pour un total de unite	és de 45 minutes, lors de séances
_	
Setting individuel	Setting de groupe 📙
	- Nombre de psychologues :
	- Nombre de psychiatres :
	- Nombre de participant es tout venant :
Signature ¹	
signatore.	
Lieu et date :	
Nom du de le la thérapeute ² :	
Signature du de le a thérapeute (+ tampon) :	
Signature du ·e le ·la candidat ·e :	

² Reconnu∙e par notre filière, selon la liste des superviseur∙es et thérapeutes en TCC agréé∙es.











 $^{^1}$ Par leurs signatures, superviseur e et supervisé e attestent de l'authenticité des informations figurant sur l'ensemble du document (recto-verso).