

L'INSTITUT ARGYLE POUR LES RELATIONS HUMAINES

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU PROGRAMME POUR LA PSYCHOTHERAPIE INDIVIDUELLE (IPTP)

Mme M. Dr

Nom: _____

Date de naissance: _____

Adresse; _____

Téléphone: (bureau) _____ (résidence) _____

Adresse courrielle (E-mail): _____ Fax: _____

Adresse au travail: _____

Diplôme le plus élevé obtenu: _____ Date: _____

Université: _____

Certification professionnelle actuellement en votre possession:

_____ Depuis: _____

Avez-vous une assurance vous couvrant pour l'erreur professionnelle? Oui: Non

Si oui, veuillez s'il vous plaît indiquer la compagnie d'assurance:

Numéro de police d'Assurance: _____ (veuillez joindre une photocopie de votre assurance responsabilité actuelle)

Nombre d'années de pratique professionnelle: _____

Programme pour lequel vous postulez:

- Programme pour la thérapie psychodynamique individuelle (IPTP) - 3 ans
- Programme pour la thérapie psychodynamique individuelle (IPTP) - Première année seulement
- Programme pour la thérapie psychodynamique individuelle (IPTP) - théorie seulement
- Autre: _____

PSYCHOTHERAPIE PERSONNELLE

(vos informations seront traitées de façon strictement confidentielle)

THÉRAPIE DE EN COURS:

Nom du thérapeute actuel: _____

Thérapie commencé le (date): _____

Fréquence des sessions (par exemple, une fois par semaine, deux fois par semaine, etc)

Date de fin de thérapie (si applicable- sinon, inscrire «en cours»): _____

L'orientation thérapeutique: _____

Traitements antérieurs (si applicable):

Nom du thérapeute précédent: _____

Thérapie commencé le (date): _____

Fréquence des sessions (par exemple, une fois par semaine, deux fois par semaine, etc)

Date de fin de traitement: _____

L'orientation thérapeutique: _____

Nom du thérapeute précédent: _____

Thérapie commencé le (date): _____

Fréquence des sessions (par exemple, une fois par semaine, deux fois par semaine, etc)

Date de fin de traitement: _____

L'orientation thérapeutique: _____

PRÉCÉDENTE FORMATION PSYCHODYNAMIQUE OU PSYCHANALYTIQUE (Si applicable)

Nom de l'institut ou programme de formation: _____

Lieu: _____

Dates de début et de fin de formation: _____

Cours et séminaires suivis: _____

Conférences, séminaires, supervision ou autres types de formation (veuillez s'il vous plaît indiquer les dates si possible):

Vous êtes-vous déjà inscrits à notre programme auparavant? non oui (si oui, date : _____)

Autres informations que vous pensez être pertinentes:

Nous requérons que vous nous envoyiez directement trois lettres de référence. S'il vous plaît fournir les noms, numéros de téléphone, le lieu de travail et la profession de vos références:

1 _____

2 _____

3 _____

Signature _____ Date: _____

Veuillez s'il vous plaît envoyer ce formulaire dûment rempli, ainsi que

(1) une copie de votre CV actuel

(2) une déclaration autobiographique (environ 2 pages) indiquant votre motivation pour votre application à notre programme

(3) trois lettres de référence

(4) un chèque couvrant nos frais de traitement de 50 \$ (payable à l'Institut Argyle - IPTP) à:

L' Institut Argyle
ADMISSION DU COMITÉ IPTP
4150 rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 328,
Westmount, QC, CA H3Z 2Y5