

FORMATION PROFESSIONNELLE EN FPSA, FSC OU APSAC

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

_____ C.P. _____ Tél. _____

ADRESSE COURRIEL _____ @ _____

PROFESSION _____

ORDRES PROFESSIONNELS OU ASSOCIATIONS DONT VOUS ÊTES MEMBRE

EXPÉRIENCE EN THÉRAPIE CONJUGALE : ___ Oui ___ Non

Je m'inscris à l'initiation FSC de 15 heures avec Iv Psatli à :

Endroit _____ Dates _____

Je m'inscris à l'initiation APSAC de 15 heures avec Yvon Dallaire à :

Endroit _____ Dates _____

Je m'inscris à la formation FTS de 30 heures avec Iv Psalti à :

Endroit _____ Dates _____

Je m'inscris à la formation APSAC de 30 heures avec Yvon Dallaire à :

Endroit _____ Dates _____

Je m'inscris à la formation FPSA de 90 heures

Endroit _____ Dates _____

Curriculum Vitae

Prière de joindre votre curriculum vitae à votre demande et une courte lettre de motivation. Nous communiquerons avec vous pour confirmer votre acceptation et vous informer des modalités de paiement et de l'endroit où aura lieu la formation.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20____.

Signature