

A renvoyer à l'IFISAM asbl, formation FCPEA
Michel Cailliau, Rue du Château, 25 – 1470 Bousval
ifisam@skynet.be ou michel.cailliau@skynet.be

BULLETIN DE CANDIDATURE
**FORMATION A LA CLINIQUE PSYCHOTHERAPEUTIQUE
DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT**

NOM :

PRENOM:

DATE DE NAISSANCE:.....

ADRESSE:

CODE POSTAL:

LOCALITE:

TELEPHONE:

GSM:

E-MAIL :.....

PROFESSION:

DIPLOME DE BASE (titre, lieu, date) :
.....

FORMATIONS COMPLEMENTAIRES : stages (lieu, durée), formation
.....
.....

OCCUPATIONS PROFESSIONNELLES ANTERIEURES:
lieu, durée et conditions
.....
.....

OCCUPATIONS PROFESSIONNELLES ACTUELLES:
.....

PROJETS PROFESSIONNELS:
.....
.....

Je souhaite poser ma candidature à la *Formation à la Clinique Psychothérapeutique de l'Enfant et de l'Adolescent*.

Je verse la somme de 100 € pour les entretiens préliminaires au compte
de l'IFISAM asbl n° **210-0687223-30**

Veuillez joindre une photo (de type identité)

Date :

Signature :