

Cher(e) Collègue,

Vous souhaitez faire une demande d'adhésion à l'AFPN en tant que membre. Nous vous remercions de nous retourner le dossier joint, accompagné de tous les justificatifs demandés et d'un chèque de 40 euros représentant les frais d'étude du dossier. Les renseignements qui vous sont demandés permettront à la commission d'admission et de déontologie l'examen détaillé de votre dossier.

Nous vous précisons qu'une audition du candidat au siège de l'AFPN pourra également être demandée par la commission d'admission. Si votre demande d'adhésion est acceptée par la commission d'admission et de déontologie et votée par le Bureau Exécutif de l'AFPN, nous vous ferons figurer après confirmation de votre adhésion par le paiement de votre cotisation annuelle de membre individuel (80 euros) dans le registre des praticiens de l'AFPN en ligne sur le site de l'AFPN (<http://www.afpn.eu/>)

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez adresser un courrier à AFPN, 2 bis rue Scheffer, 75116 PARIS, ou nous envoyer un mail : contact@afpn.eu.

Nous vous prions d'agréer, Cher(e) Collègue, nos sentiments dévoués.

Pour le bureau de l'AFPN, le Président

Michel MEIGNANT

DEMANDE D'ADHESION A L'AFPN

Il vous est demandé de joindre à ce dossier un curriculum vitae, comprenant tous vos diplômes, formations et activités professionnels et de répondre aux questions suivantes.

Le dossier complet est à envoyer au secrétariat de l'AFPN, 2 bis rue Scheffer 75116 PARIS avec les justificatifs demandés.

NOM :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

Téléphone :

E-mail :

Collège demandé :

- Membre praticien en psychothérapie et en neurofeedback
- Membre praticien en neurofeedback
- Superviseur
- Formateur

Conditions actuelles de l'exercice de votre pratique professionnelle:

Cadre de travail:

- Libéral
- Institution

Clientèle concernée³⁴:

- Adultes
- Enfants
- Personnes handicapées (veuillez décrire le type de handicap : autisme, AVC, maladie de Parkinson....)

Conditions actuelles de l'exercice de votre pratique professionnelle:

Cadre de travail:

- Libéral
- Institution

Clientèle concernée³⁴:

- Adultes
- Enfants
- Personnes handicapées (veuillez décrire le type de handicap : autisme, AVC, maladie de Parkinson....)

Je m'engage à me conformer au Code de déontologie de l'AFPN et à avoir une supervision de ma pratique clinique.

Je certifie exactes les réponses que j'ai faites dans ce questionnaire. Toute réponse inexacte entraînera la radiation de mon inscription du registre de l'AFPN.

Fait à,

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)