



## **Demande d'adhésion en qualité de psychopraticien.ne et de parution dans l'annuaire des psychopraticiens ACP, membres de l'AFP-ACP**

*L'annuaire de l'AFP-ACP est destiné à être diffusé auprès du public. Il est accessible soit sur le [site](#) de l'AFP-ACP. L'inscription est réservée aux membres de l'AFP-ACP à jour de leur cotisation, **pouvant justifier d'un exercice professionnel dans l'ACP.***

Nom : ..... Prénom .....

Adresse mail professionnelle : .....

**JE DEMANDE MON INSCRIPTION EN TANT QUE :**

**Psychopraticien.ne agréé.e AFP-ACP** => Je détiens l'agrément AFP-ACP n° .....

***OU***

**Psychopraticien.ne dans l' ACP**

- ***Je joins photocopie*** d'un document signé par mon organisme de formation et en conformité avec ses documents de validation transmis à l'AFP-ACP, attestant ma formation expérimentielle à l'exercice de la psychothérapie dans l'ACP d'au moins 600 heures
- ***Je déclare sur l'honneur*** que :
  - J'ai une pratique professionnelle de l'accompagnement psychothérapeutique ACP.
  - J'exerce ma profession dans l'ACP depuis ..... et je note les conditions d'exercice de ma pratique: (par exemple, libéral, institution, salarié, association, bénévolat etc.). .....
  - Je suis en supervision et m'engage à la poursuivre à un rythme régulier et continu.
  - J'ai suivi une psychothérapie individuelle de 100 h minimum sur 2 ans minimum.
  - Je m'engage à être dans un processus de travail sur moi continu.
  - Je m'engage à être en formation continue.
  - Je souscris à la Déclaration de Strasbourg de 1990 (vous trouverez ces documents sur le site de l'AFP-ACP).

**Et je souhaite que ma fiche figure dans l'annuaire en ligne sur le site de l'AFP-ACP**

Initiales (*ou signature*) .....

**ELEMENTS NECESSAIRES A VOTRE INSCRIPTION**

**FORMATION(S) SPÉCIFIQUE(S) À L'APPROCHE CENTRÉE SUR LA PERSONNE :  
ORGANISME(S), NOMBRE D'HEURES EFFECTUÉES SUR .....ANNÉES**

.....  
.....  
.....

**PSYCHOTHÉRAPIE PERSONNELLE .....**

.....  
.....

**SUPERVISION.....**

.....  
.....

**MODES DE PRATIQUE DE L'A.C.P. (PSYCHOTHÉRAPEUTE, PRATICIEN, EN FORMATION, AUTRES ...) :**

.....  
.....  
.....  
.....

**PARCOURS PERSONNEL (AUTRES FORMATIONS, AUTRES EXPÉRIENCES, AUTRES PROFESSIONS....) :**

.....  
.....  
.....

**MOTIVATIONS ET INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES QUE VOUS SOUHAITEZ TRANSMETTRE :**

.....  
.....  
.....

- Je suis membre à jour de ma cotisation AFP-ACP (80 € incluant la parution dans l'annuaire) et à ce titre je souscris au Code de Déontologie et à la Charte des Valeurs Unitives de l'AFP-ACP. (<https://www.afpacp.fr/valeurs.php>)  
J'ai bien noté que si je ne suis plus à jour de ma cotisation ma fiche sera retirée de l'annuaire.
  
- Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis. Ils le sont sous ma seule responsabilité et ne sauraient engager la responsabilité de l'AFP-ACP.

Fait à ....., le .....

Signature :

Merci de nous retourner votre demande d'inscription au secrétariat de l'AFP-ACP (adresses ci-dessus) ou bien par mail à l'adresse suivante : [adhesions-seminaires@afpacp.fr](mailto:adhesions-seminaires@afpacp.fr)

Votre demande sera examinée par le Conseil d'Administration de l'AFP-ACP ou par la commission adhésion-annuaire sous la responsabilité du CA qui vous informera alors directement.

Les informations contenues dans ce document sont à usage interne de l'association ; chacun a le droit d'opposition, d'accès et de rectification en s'adressant au secrétariat de l'association. Ces informations ne pourront être diffusées au public hormis celles figurant dans le cadre de l'annuaire en ligne pour les adhérents qui y sont inscrits.