

E F T A

Chamber of Individual Members

secretariat: rue de la Voie Cuivrée, 26 – 5503 Sorinnes - Belgium
tel. 00 32 496 22 22 96 * e-mail: eftacim@gmail.com
www.europeanfamilytherapy.eu

Chère Madame, Cher Monsieur,

Cordial merci pour votre intérêt et votre souhait de devenir membre individuel de l'EUROPEAN FAMILY THERAPY ASSOCIATION.

Ainsi que vous le savez sans doute l'EFTA est la première et la seule organisation à regrouper des thérapeutes familiaux de toute l'Europe. Actuellement, nous comptons des membres dans 29 pays.

L'objectif de cette association est la promotion d'un niveau supérieur de compétence et de qualité dans la pratique, la recherche et l'enseignement de la thérapie familiale, ainsi que la réunion et la coordination des centres, institutions et individus d'Europe dans le champ de la thérapie familiale.

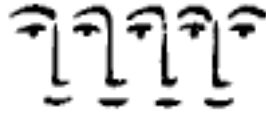
Depuis 2001, l'EFTA a fait peau neuve. La structure actuelle est composée de trois Chambres (Chambre de Membres Individuels, Chambre des Instituts de Formation, Chambre des Associations Nationales).

Si vous souhaitez devenir membre individuel de l'EFTA, complétez le formulaire en annexe et retournez le avec les documents demandés (voir liste dans le formulaire).

Nous espérons avoir bientôt de vos nouvelles.

Bien à vous,

Anne Chouhy
Présidente de la Chambre
des Membres Individuels d'EFTA



E F T A

Chamber of Individual Members

secretariat: rue de la Voie Cuivrée, 26 – 5503 Sorinnes - Belgium
tel. 00 32 496 22 22 96 * e-mail: eftacim@gmail.com
www.europeanfamilytherapy.eu

DEMANDE D'ADHESION A L'EFTA

Je souhaite poser ma candidature comme membre effectif de l'EFTA et je joins les documents ci-après à la présente demande :

1. Un curriculum vitae.

2. Un certificat attestant d'une formation longue à l'Approche Systémique et à la Thérapie Familiale Systémique dans un centre de formation (au maximum deux centres différents) et **attestant d'un minimum de 700 heures de formation réparties sur au moins quatre années, dont au moins 450 heures de formation clinique sous la supervision - directe et indirecte - du formateur, et au moins 250 heures de pratique clinique personnelle et autonome avec des couples et des familles, certifiées par le centre de formation.**

NOTE : Les supervisions individuelles et/ou d'équipe hors du cadre de la formation ne sont pas validées comme « formation ».

Les programmes universitaires dont l'intitulé contient la référence systémique et/ou la référence à la thérapie familiale ne sont pas considérés comme « formation à la psychothérapie familiale systémique ».

3. Une recommandation d'une personne autre que mes formateurs (par exemple le responsable de l'institution, association, département, etc... dans lequel je travaille, ou toute autre personne qui accepte d'être une référence et qui, si possible, est déjà membre de l'EFTA) attestant de mon travail avec des familles.

4. Une cotisation administrative de 38 euros à payer comme indiqué aux instructions de paiement ci-jointes.

Remarque : Cette cotisation couvre uniquement les frais de dossier. Une fois votre candidature acceptée, une cotisation de membre effectif équivalant à 80 euros vous sera demandée pour l'année en cours.

Date et signature :

La présente demande est à envoyer à :

eftacim@gmail.com

ou par courrier à

EFTA CIM

Rue de la Voie Cuivrée, 26

5503 Sorinnes (Belgique)

P.S. : N'oubliez pas de compléter la fiche de renseignements ci-jointe.

Pour information:

- Les dossiers complets sont soumis à la commission d'accréditation qui se réunit environ 2 fois par an.
- Au cas où il manquerait une pièce à votre dossier, nous vous en avertissons, afin que vous complétiez celui-ci.
- Vous recevrez un courrier après la réunion de la commission vous informant de la décision de celle-ci.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Adresse domicile : rue :

n°:

code postal :

ville :

pays :

N° de téléphone privé :

N° de téléphone portable :

N° de fax privé :

Adresse professionnelle :

NOM de l'institution, département, etc :

rue :

n°:

code postal :

ville :

pays :

N° de téléphone professionnel :

N° de fax professionnel :

Adresse Email:

Site Web Personnel :

QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES

Diplôme de base :

Formation ultérieure en thérapie familiale et/ou approche systémique :

FORMATION INITIALE EN THÉRAPIE FAMILIALE		
Organisme	Dates	Nombre d'heures

FORMATION COMPLEMENTAIRE EN THERAPIE FAMILIALE		
		TOTAL : (minimum 700 heures sur 4 années)

- Formateurs :

- Personne à qui vous demandez la recommandation dont question au point (3), qui certifiera que votre pratique professionnelle est bien inscrite dans le champ de la thérapie familiale et/ou de l'approche systémique :

**AU SUJET DU PAIEMENT A L'EFTA DES FRAIS ADMINISTRATIFS
DE CANDIDATURE ET DES COTISATIONS DE MEMBRES INDIVIDUELS**

Nous vous conseillons avec insistance de respecter avec soin les conditions ci-après en vue du traitement sûr et rapide de votre dossier chez nous; elles évitent en outre des dépenses inutiles. Merci.

POUR LES CANDIDATS ET MEMBRES RÉSIDANT EN :

Belgique Vous pouvez payer au compte EFTA auprès de la Banque ING
IBAN: BE 81 3100 9433 6024 - BIC: BBRUBEBB.

France Vous pouvez nous envoyer un chèque libellé en Euros et il sera encaissé sur notre compte en France. Vous pouvez faire un virement sur le compte BNP Paribas :
agence Maubeuge 00525 - **RIB : 30004 00525 00009172960 56**
IBAN : FR76 3000 4005 2500 0091 7296 056 - BIC : BNPAFRPPVCS

Autres pays Faites un virement européen en Euros vers notre Banque en Belgique:
ING, 205-207 avenue Louise - 1000 Bruxelles, compte n° 310-0943360-24
IBAN: BE 81 3100 9433 6024 - BIC: BBRUBEBB.

Vous pouvez également payer par carte Visa, Mastercard ou Eurocard. Dans ce cas, remplissez le bulletin ci-après. **Important : le montant doit être libellé en Euros.**

Retournez ce bulletin accompagné de votre règlement à eftacim@gmail.com ou à EFTA CIM – rue de la Voie Cuivrée, 26 - 5503 Sorinnes (Belgique)			
Nom, prénom :			
Adresse :			
Tél. :			
Ci-joint le règlement de Euros <input type="checkbox"/> Par chèque bancaire			
Par <input type="checkbox"/> Carte Visa <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> Eurocard			
N°			
Date de validité : /			
Date :	Signature :		