**Formulaire d’application pour l’obtention du certificat de**

**„Psychologue spécialiste en Neuropsychologie FSP“**

Prière de respecter les directives d’application en complément du règlement de la formation post- graduée !

Nom: Prénom: Date de naissance: Adresse privée:

Adresse professionnelle:

Téléphone privé: Téléphone professionnel: E-Mail:

**1. Formation de base en psychologie** (Université, diplôme, dates, joindre les justificatifs):

**2. Formation en neuropsychologie :**

**2.1 Pendant la formation de base** (joindre les justificatifs):

|  |  |
| --- | --- |
| Domaines de formation suivant le règlement | Nombre d‘heures |
| Connaissances de base |  |
| Méthodes de diagnostic |  |
| Méthodes relatives à l’intervention |  |
| Neuropsychologie et développement |  |
| Disciplines voisines |  |
|  |  |

Nombre total d‘heures

**2.2 Thèse/ licence/travail de diplôme/mémoire/autres publications compatibles avec les objec- tifs de la formation du curriculum** (joindre les justificatifs):

**2.3 Formation postgraduée en neuropsychologie clinique** (liste détaillée avec justificatifs):

|  |  |
| --- | --- |
| Domaines de formation suivant le règlement | Nombre d‘heures |
| Connaissances de base |  |
| Méthodes de diagnostic |  |
| Méthodes relatives à l’intervention |  |
| Neuropsychologie et développement |  |
| Disciplines voisines |  |
|  |  |

Nombre total d‘heures

**3. Pratique clinique de cinq ans (documentation détaillée et certificats de travail):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom et statut de l’institution (A, B, C) au  moment de l’emploi | Période de travail  (du – au) | Pourcentage de travail | Temps effectif de travail en années à  100 % |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | | |  |

Total des années à 100 % (équivalent plein temps)

**4. Documentation de la supervision par des superviseurs reconnus par l’ASNP** (avec attestations

écrites):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom et statut de l’institution (A, B, C)  au moment de l’emploi | Période de travail  (de – à) | Nom du superviseur | Total des heures de su-  pervision |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | | |  |

Total des heures de supervision

**5. Documentation des cas** (selon les directives d’application complémentaires):

|  |  |
| --- | --- |
| Cas | Contenu du cas (étiologie, symptomatologie neuropsychologique): |
| Diagnostic |  |
| Diagnostic |  |
| Diagnostic |  |
| Thérapie |  |
| Thérapie |  |