**Formulaire de demande d’obtention du certificat**

**«Psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP»**

**Identité:**

Nom: Prénom: Date de naissance:

Adresse personnelle:

Adresse professionnelle:

Téléphone: E-mail:

Pour compléter ce formulaire, merci de respecter les directives d’application du règlement.

1. **Formation de base en psychologie** (indiquer: Université, type de diplôme, périodes), (joindre les attestations):
2. **Formation théorique en neuropsychologie clinique**
   1. **Justification des heures de formation théorique** (joindre un relevé détaillé avec classement par objectif d’apprentissage et attestations):

|  |  |
| --- | --- |
| Objectifs d’apprentissage selon le règlement | Nombre d’heures |
| Connaissances de base en neuropsychologie |  |
| Méthodes de diagnostic en neuropsychologie |  |
| Méthodes relatives à l’intervention en neuropsychologie |  |
| Neuropsychologie en pédiatrie, psychiatrie et gériatrie |  |
| Connaissances des disciplines voisines |  |
| Total des heures de formation |  |

* 1. **Mémoire, thèse, autres publications en rapport avec les objectifs d’apprentissage du règlement de la formation** (indiquer: Titre), (joindre les attestations):

1. **Justification d’une activité pratique de 5 ans** (joindre les certificats de travail):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom de l’institution | Type de soins  (stationnaires et/ou ambulatoires) | Spectre d’expérience  (voir légende) | Période de travail  (de - à) | Taux d’occupation | Durée de travail effective en mois |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Total du nombre de mois, converti sur la base d’un taux d’occupation de100% | | | | |  |

Légende spectre d’expérience:

A: Troubles du développement neuronal et mental

B: Lésions cérébrales acquises

C: Affections somatiques avec répercussions sur le cerveau

D: Processus de vieillissement du cerveau d’évolution pathologique

E: Affections psychiatriques avec répercussions sur la cognition et le comportement

1. **Formation pratique**
   1. **Justification de la supervision** (joindre les confirmations écrites):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom et prénom du superviseur | Qualification professionnelle du superviseur  Depuis quand? | Cadre  (individuel, petit groupe, grand groupe) | Nombre d’unités de supervision |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Total des unités de supervision | | |  |

* 1. **Justification du travail sur des cas cliniques** (joindre les confirmations écrites):

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’institution | Nombre d’heures de travail confirmées sur des cas cliniques |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Total des heures de travail sur des cas cliniques |  |

1. **Présentation de cas** (selon les directives d’application**):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rapport de cas | Spectre d’expérience  (voir légende) | Contenu du rapport de cas (étiologie, symptômes neuropsychologiques) |
| Diagnostic |  |  |
| Diagnostic |  |  |
| Diagnostic |  |  |
| Traitement |  |  |
| Traitement |  |  |

Légende spectre d’expérience:

A: Troubles du développement neuronal et mental

B: Lésions cérébrales acquises

C: Affections somatiques avec répercussions sur le cerveau

D: Processus de vieillissement du cerveau d’évolution pathologique

E: Affections psychiatriques avec répercussions sur la cognition et le comportement