

**DESCRIPTION DE LA PRATIQUE CLINIQUE DE LA FORMATION  
EN EVALUATION ET INTERVENTION PSYCHOLOGIQUE : PSYCHOTHERAPIE  
(CPI2MC + CERTIFICAT)**

---

- Nom et prénom : .....

- Coordonnées complètes du lieu de pratique (institution, cabinet privé, ...) :  
.....  
.....  
.....

- Début de la pratique clinique dans ce lieu : .....

- Type de population prise en charge (âge, type de pathologie, etc.) :  
.....  
.....

- Type de travail clinique effectué (individuel, groupe, couple et familles, ...) :  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Nombre d'heures de pratique par semaine : .....

- Statut dans ce lieu de pratique : stagiaire – indépendant – employé (entourer la mention correcte)

- Commentaires / particularités de la pratique :  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Date : .....

Signature : .....