**DEMANDE D'AFFILIATION**

**Je souhaite devenir membre de l'Association des conseillères et conseillers conjugaux thérapeutes de couple**

NOM ET PRENOM :

ADRESSE PRIVEE :

ADRESSE EMAIL :

TEL. PRIVE  fixe et mobile:

ADRESSE PROFESSIONNELLE :

TEL. PROFESSIONNEL :

PRATIQUE INSTITUTIONNELLE : □ OUI □ NON

PRATIQUE PRIVEE : □ OUI □ NON

TAUX D’ACTIVITE :

NOMBRE DE CONSULTATIONS DE COUPLE EFFECTUEES A CE JOUR (*joindre les statistiques*):

**J’ai pris connaissance des statuts de l’ACTC ainsi que du code de déontologie et m’engage à en respecter strictement les principes**.

DATE ET SIGNATURE :

Ce formulaire ainsi que le CV avec les copies des diplômes et des attestations de formation continue sont à retourner à: [sylvia.thode@actc-couple.ch](mailto:sylvia.thode@actc-couple.ch) ou par poste à l'adresse suivante:

Sylvia Thodé Studer

11, rue Rodolphe Toepffer

1206 Genève

La cotisation annuelle s'élève à CHF 75.-

Un bulletin de versement vous parviendra après acceptation du dossier par le Comité de l’ACTC.

*ACTC / ST / 14.1.2014/ 7.3.2017*