



Demande d'admission

Membre professionnel Art-thérapeute ARAET

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____ No. Postal et lieu : _____

E-mail : _____ No. tél. : _____ Mobile : _____

Je travaille : En Institution Individuel Groupe

Nom et lieu de l'institution : _____

Je travaille : Atelier privé Individuel Groupe

Nom et lieu de l'atelier : _____

Merci de numérotter les documents et annexes afin de faciliter le contrôle.

Lieu et date : _____ Signature : _____

Documents (photocopies/attestation etc.) à retourner à : ARAET – Secrétariat – Voir adresse sur site internet

1. Formation de base certifiée de niveau tertiaire : Dans le domaine de la relation d'aide au sens large (médecine, psychologie, travail social, soins infirmiers, ergothérapie, pédagogie ou des arts...) ou formation / expérience jugée équivalente par l'ARAET.

Réservé contrôle
COMPRO

| Formation de base | Années | Formation(s) | Certificat | Diplôme | Degré universitaire | No. Document | OK | Manque |
|-------------------|--------|--------------|------------|---------|---------------------|--------------|----|--------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

2. Formation continue spécialisée dans le champ de l'art-thérapie : D'une durée minimale de 3 ans et d'un nombre d'heures minimum de 2'180 heures.

Remarque : En plus des heures d'enseignement présentiel et du travail individuel, ces 2'180 heures comprennent les heures comptabilisées aux points 3/4/5/6.

| Formation continue spécialisée | Années | Formation (s) | Nombre heures | No. Document | OK | Manque |
|--------------------------------|--------|---------------|---------------|--------------|----|--------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | Total | | | |

3. Pratique d'animation d'atelier : Sur au moins 240 heures. Les stages effectués pendant la formation sont validés.

| Stages | Date | Lieux de stages / type de participants | Fonction | Nombre heures | No. Document | Réservé contrôle COMPRO | | |
|--------|------|--|----------|---------------|--------------|-------------------------|--------|--|
| | | | | | | OK | Manque | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | |

4. Supervision de cette pratique : 40 heures en individuel ou 50 heures en groupe.

| Supervision | Date | Lieu, Nom du superviseur / Individuel ou en groupe | Nombre heures | No. Document | OK | Manque | |
|-------------|------|--|---------------|--------------|----|--------|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Total | | | | | | | |

