

**FICHE RECAPITULATIVE de DEMANDE DU CERTIFICAT DU
THERAPEUTE RELATIONNEL A MEDIATION CORPORELLE**

* * * * *

Nom : _____ Prénom : _____
 Né(e) le : _____

* Année de Formation au CRESMEP : _____

* Nombre de jours de formation effectués au CRESMEP :

	1ère année	2ème année	3ème année	4ème année
Nbre de jours				

* Nombre de jours de formation effectués en dehors du cursus (Colloque, CIPS, journées supplém

Dates :					
Nbre jours					
Type formation					

* Travail personnel effectué en Thérapie Relationnelle à Médiation Corporelle :

Nom du Therapeute	Date de début de la Thérapie	Nbre de Séances ou Fréquence

* Apprentissage de la Technique

Année				
Nbre de Séances				

* Supervision (Nombre de 1/2 journées par année de formation)

	2ème année	3ème année	4ème année	autres années	
Nbre 1/2 journées					

*Mémoire soutenu le : _____ Titre du mémoire : _____

* Coursus avant la formation au CRESMEP : _____