

# DEMANDE d'obtention du certificat « Praticien EMDR »

Nom/Prénom : .....

Adresse prof. : .....

Tél. : ..... Fax : .....

E-Mail : .....

Langues :  français  allemand  italien  
 anglais  autres: .....

Clientèle :  adultes  enfants  adolescents  
 personnes âgées  personnes ayant un handicap mental

Pour cocher « enfants » et « adolescents », il faut avoir suivi la formation EMDR enfants & adolescents.

Par la présente, je sollicite l'obtention du certificat « Praticien EMDR ».

		Attestation (copie) n°
1	Autorisation d'exercer la psychothérapie selon les réglementations légales en vigueur.	1
2	Au moins deux séminaires de formation (niveau I et II) doivent être réalisés auprès d'instituts de formation reconnus par EMDR Europe. Les niveaux de formation I et II doivent être séparés d'au moins 3 mois.	2
3	Au moins 2 ans de pratique psychothérapeutique.	3
4	Au moins 50 heures (de 60 minutes) de séances EMDR avec au moins 25 patient(e)s (auto-déclaration).	4
5	Au moins 30 heures (de 60 minutes) de supervision individuelle ou en groupe auprès d'un superviseur/d'une superviseuse reconnu/e par EMDR Europe.	5
6	Lettre de recommandation (i.e. formulaire d'évaluation des compétences) d'un superviseur/d'une superviseuse reconnu/e par EMDR Europe et une deuxième lettre de recommandation d'une personne qui peut évaluer la pratique professionnelle et la réputation du/de la candidat/e.	6
7	Le superviseur/la superviseuse EMDR Europe qui examine la demande doit avoir pu observer directement le travail EMDR du/de la candidat/e-praticien/ne en utilisant des vidéos.	7
8	Le/La candidat/e doit être membre de l'association nationale d'EMDR.	8
9	Le formulaire d'évaluation des compétences doit être rempli et signé par le superviseur/la superviseuse EMDR Europe.	9

J'ai effectué le versement du montant de CHF 90.--.

Le certificat est valable pour 5 ans et je prends note que les informations de la re-accréditation après 5 ans écoulés se trouvent sur notre site <http://www.emdr-schweiz.ch/ré-accréditation.html>.

Date : ..... Signature : .....

**AUTO-DÉCLARATION**  
**expérience thérapeutique pratique avec EMDR**

N°	Initiales, année de naissance	Thème, diagnostic	N <sup>bre</sup> séances EMDR	Durée du traitement
Ex.	N.N., 1949	Accident / TSPT	12	12.03.17 – 10.08.18
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
		Total :	.....	

Date : .....

Signature : .....