

MINISTÈRE DE LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

Administration générale de l'Enseignement (AGE)  
Direction générale de l'Enseignement non obligatoire  
et de la Recherche scientifique (DGENORS)

**Chambre d'expression française de la commission d'agrément en  
PSYCHIATRIE**

**Cellule Professions des Soins de Santé Universitaires**  
Rue Adolphe Lavallée, 1- 1080 Bruxelles  
Centre de Contact : 02/690.89.40 – [agreementsante@cfwb.be](mailto:agreementsante@cfwb.be)

**CARNET DE STAGE  
PSYCHIATRIE**

MOIS :

ANNEE :

- 1.1. Formation dans le secteur hospitalier (complet ou partiel) .....  
(psychiatrie ? neurologie ? médecine interne ? pédiatrie ?) .....  
Lieu (hôpital de jour ou de nuit) .....  
Responsable : .....  
Nombre de patients : nouveaux : .....  
Nombre de patients : revus .....  
Activités de diagnostic (lesquels ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

- 1.2. Formation dans le secteur hospitalier de psychiatrie spécialisée  
(psychiatrie de l'enfant, psychiatrie de l'adolescent, toxicomanie, psychosomatique, affections psychiatriques de longue durée, psychogériatrie, psychiatrie de liaison, centre de crise, .....)  
Lieu : .....  
Responsable : .....  
Nombre de patients : nouveaux : .....  
Nombre de patients : revus : .....  
Nombre de dossiers vérifiés par un médecin spécialiste agréé : .....  
Activités de diagnostic (lesquels ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

- 1.3. Gardes de nuit :  
Lieu : .....  
Responsable : .....  
Nombre : .....

Gardes de week-end :

Lieu : .....  
Responsable : .....  
Nombre : .....

MOIS :

ANNEE :

4 **Activités de Formation**

4.1. **Cours de 3ème cycle psychiatrique**  
Intitulés

Nombre d'heures

4.2. **Discussion de groupe ou réunions de synthèse à propos des patients :**

Lieu : .....

Dates : .....

Responsables : .....

Nombre de patients par mois :

4.3. **Discussion avec des spécialistes responsables et/ou supervision individuelle**

Lieu : .....

Nombre : .....

Responsables : .....

Nombre de patients par mois :

5 **Formation à la Psychothérapie :**

Cours et/ou séminaires

organisés par : .....

lieux et dates : .....

Supervision individuelle

responsables : .....

dates : .....

Supervision en groupe

responsables : .....

dates : .....

Activités pratiques de formation

Centre de formation : .....

Orientation : psychanalytique ou d'inspiration psychanalytique, comportementale,  
systémique, familiale, rogérienne, phénoménologique, autres :

MOIS :

ANNEE :

- 1.1. Formation dans le secteur hospitalier (complet ou partiel) .....  
(psychiatrie ? neurologie ? médecine interne ? pédiatrie ?) .....  
Lieu (hôpital de jour ou de nuit) .....  
Responsable : .....  
Nombre de patients : nouveaux : .....  
Nombre de patients : revus .....  
Activités de diagnostic (lesquels ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

- 1.2. Formation dans le secteur hospitalier de psychiatrie spécialisée  
(psychiatrie de l'enfant, psychiatrie de l'adolescent, toxicomanie, psychosomatique, affections psychiatriques de longue durée, psychogériatrie, psychiatrie de liaison, centre de crise, .....)  
Lieu : .....  
Responsable : .....  
Nombre de patients : nouveaux : .....  
Nombre de patients : revus : .....  
Nombre de dossiers vérifiés par un médecin spécialiste agréé : .....  
Activités de diagnostic (lesquels ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

- 1.3. Gardes de nuit :

Lieu : .....  
Responsable : .....  
Nombre : .....

Gardes de week-end :

Lieu : .....  
Responsable .....  
Nombre .....

MOIS :

ANNEE :

4 Activités de Formation

4.1. Cours de 3ème cycle psychiatrique  
Intitulés

Nombre d'heures

4.2. Discussion de groupe ou réunions de synthèse à propos des patients :

Lieu : .....

Dates : .....

Responsables : .....

Nombre de patients par mois :

4.3. Discussion avec des spécialistes responsables et/ou supervision individuelle

Lieu : .....

Nombre : .....

Responsables : .....

Nombre de patients par mois :

5 Formation à la Psychothérapie :

Cours et/ou séminaires

organisés par : .....

lieux et dates : .....

Supervision individuelle  
responsables : .....

dates : .....

Supervision en groupe  
responsables : .....

dates : .....

Activités pratiques de formation

Centre de formation : .....

Orientation : psychanalytique ou d'inspiration psychanalytique, comportementale,  
systémique, familiale, rogérienne, phénoménologique, autres.

MOIS :

ANNEE :

- 1.1. Formation dans le secteur hospitalier (complet ou partiel) .....  
(psychiatrie ? neurologie ? médecine interne ? pédiatrie ?) .....  
Lieu (hôpital de jour ou de nuit) .....  
Responsable : .....  
Nombre de patients : nouveaux : .....  
Nombre de patients : revus .....  
Activités de diagnostic (lesquels ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

- 1.2. Formation dans le secteur hospitalier de psychiatrie spécialisée .....  
(psychiatrie de l'enfant, psychiatrie de l'adolescent, toxicomanie, psychosomatique, affections psychiatriques de longue durée, psychogériatrie, psychiatrie de liaison, centre de crise, .....)  
Lieu : .....  
Responsable : .....  
Nombre de patients : nouveaux : .....  
Nombre de patients : revus : .....  
Nombre de dossiers vérifiés par un médecin spécialiste agréé : .....  
Activités de diagnostic (lesquels ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

- 1.3. Gardes de nuit :

Lieu : .....  
Responsable : .....  
Nombre : .....

Gardes de week-end :

Lieu : .....  
Responsable : .....  
Nombre : .....

MOIS :

ANNEE :

4 **Activités de Formation**

4.1. **Cours de 3ème cycle psychiatrique**  
Intitulés

Nombre d'heures

4.2. **Discussion de groupe ou réunions de synthèse à propos des patients :**

Lieu : .....

Dates : .....

Responsables : .....

Nombre de patients par mois :

4.3. **Discussion avec des spécialistes responsables et/ou supervision individuelle**

Lieu : .....

Nombre : .....

Responsables : .....

Nombre de patients par mois :

5 **Formation à la Psychothérapie :**

Cours et/ou séminaires

organisés par : .....

lieux et dates : .....

Supervision individuelle

responsables : .....

dates : .....

Supervision en groupe

responsables : .....

dates : .....

Activités pratiques de formation

Centre de formation : .....

Orientation : psychanalytique ou d'inspiration psychanalytique, comportementale, systémique, familiale, rogénienne, phénoménologique, autres.

MOIS :

ANNEE :

- 1.1. Formation dans le secteur hospitalier (complet ou partiel) .....  
(psychiatrie ? neurologie ? médecine interne ? pédiatrie ?) .....  
Lieu (hôpital de jour ou de nuit) .....  
Responsable : .....  
Nombre de patients : nouveaux : .....  
Nombre de patients : revus .....  
Activités de diagnostic (lesquels ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

- 1.2. Formation dans le secteur hospitalier de psychiatrie spécialisée  
(psychiatrie de l'enfant, psychiatrie de l'adolescent, toxicomanie, psychosomatique, affections psychiatriques de longue durée, psychogériatrie, psychiatrie de liaison, centre de crise, .....)  
Lieu : .....  
Responsable : .....  
Nombre de patients : nouveaux : .....  
Nombre de patients : revus : .....  
Nombre de dossiers vérifiés par un médecin spécialiste agréé : .....  
Activités de diagnostic (lesquels ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

- 1.3. Gardes de nuit :  
Lieu : .....  
Responsable : .....  
Nombre : .....  
  
Gardes de week-end :  
Lieu : .....  
Responsable : .....  
Nombre : .....



MOIS :

ANNEE :

4 **Activités de Formation**

4.1. **Cours de 3ème cycle psychiatrique**  
Intitulés

Nombre d'heures

4.2. **Discussion de groupe ou réunions de synthèse à propos des patients :**  
Lieu :

Dates :

Responsables :

Nombre de patients par mois :

4.3. **Discussion avec des spécialistes responsables et/ou supervision individuelle**  
Lieu :

Nombre :

Responsables :

Nombre de patients par mois :

5 **Formation à la Psychothérapie :**

Cours et/ou séminaires

organisés par :

lieux et dates :

Supervision individuelle

responsables :

dates :

Supervision en groupe

responsables :

dates :

Activités pratiques de formation

Centre de formation :

Orientation :

psychanalytique ou d'inspiration psychanalytique, comportementale, systémique, familiale, rogérienne, phénoménologique, autres.

MOIS :

ANNEE :

- 1.1. Formation dans le secteur hospitalier (complet ou partiel) .....  
(psychiatrie ? neurologie ? médecine interne ? pédiatrie ?) .....  
Lieu (hôpital de jour ou de nuit) .....  
Responsable : .....  
Nombre de patients : nouveaux : .....  
Nombre de patients : revus .....  
Activités de diagnostic (lesquels ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

- 1.2. Formation dans le secteur hospitalier de psychiatrie spécialisée  
(psychiatrie de l'enfant, psychiatrie de l'adolescent, toxicomanie, psychosomatique,  
affections psychiatriques de longue durée, psychogériatrie, psychiatrie de liaison,  
centre de crise, .....)  
Lieu : .....  
Responsable : .....  
Nombre de patients : nouveaux : .....  
Nombre de patients : revus : .....  
Nombre de dossiers vérifiés par un médecin spécialiste agréé : .....  
Activités de diagnostic (lesquels ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

- 1.3. Gardes de nuit :  
Lieu : .....  
Responsable : .....  
Nombre : .....

Gardes de week-end :

Lieu : .....  
Responsable : .....  
Nombre : .....

MOIS :

ANNEE :

4 Activités de Formation

4.1. Cours de 3ème cycle psychiatrique  
Intitulés

Nombre d'heures

4.2. Discussion de groupe ou réunions de synthèse à propos des patients :

Lieu : .....

Dates : .....

Responsables : .....

Nombre de patients par mois :

4.3. Discussion avec des spécialistes responsables et/ou supervision individuelle

Lieu : .....

Nombre : .....

Responsables : .....

Nombre de patients par mois :

5 Formation à la Psychothérapie :

Cours et/ou séminaires  
organisés par : .....

lieux et dates : .....

Supervision individuelle

responsables : .....

dates : .....

Supervision en groupe

responsables : .....

dates : .....

Activités pratiques de formation

Centre de formation

Orientation

psychanalytique ou d'inspiration psychanalytique, comportementale,  
systémique, familiale, rogénienne, phénoménologique, autres.

MOIS :

ANNEE :

- 1.1. Formation dans le secteur hospitalier (complet ou partiel) .....  
(psychiatrie ? neurologie ? médecine interne ? pédiatrie ?) .....  
Lieu (hôpital de jour ou de nuit) .....  
Responsable : .....  
Nombre de patients : nouveaux : .....  
Nombre de patients : revus .....  
Activités de diagnostic (lesquels ?) .....

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

- 1.2. Formation dans le secteur hospitalier de psychiatrie spécialisée .....  
(psychiatrie de l'enfant, psychiatrie de l'adolescent, toxicomanie, psychosomatique, affections psychiatriques de longue durée, psychogériatrie, psychiatrie de liaison, centre de crise, .....)  
Lieu : .....  
Responsable : .....  
Nombre de patients : nouveaux : .....  
Nombre de patients : revus : .....  
Nombre de dossiers vérifiés par un médecin spécialiste agréé : .....  
Activités de diagnostic (lesquels ?) .....

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

- 1.3. Gardes de nuit : .....  
Lieu : .....  
Responsable : .....  
Nombre : .....

Gardes de week-end :

Lieu : .....  
Responsable : .....  
Nombre : .....

MOIS :

ANNEE :

4 **Activités de Formation**

4.1. **Cours de 3ème cycle psychiatrique**  
Intitulés

Nombre d'heures

4.2. **Discussion de groupe ou réunions de synthèse à propos des patients :**

Lieu : .....

Dates : .....

Responsables : .....

Nombre de patients par mois :

4.3. **Discussion avec des spécialistes responsables et/ou supervision individuelle**

Lieu : .....

Nombre : .....

Responsables : .....

Nombre de patients par mois :

5 **Formation à la Psychothérapie :**

Cours et/ou séminaires

organisés par : .....

lieux et dates : .....

Supervision individuelle

responsables : .....

dates : .....

Supervision en groupe

responsables : .....

dates : .....

Activités pratiques de formation

Centre de formation :

Orientation : psychanalytique ou d'inspiration psychanalytique, comportementale, systémique, familiale, rogérienne, phénoménologique, autres.

MOIS :

ANNEE :

- 1.1. Formation dans le secteur hospitalier (complet ou partiel) .....  
(psychiatrie ? neurologie ? médecine interne ? pédiatrie ?) .....  
Lieu (hôpital de jour ou de nuit) .....  
Responsable : .....  
Nombre de patients : nouveaux : .....  
Nombre de patients : revus .....  
Activités de diagnostic (lesquels ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

- 1.2. Formation dans le secteur hospitalier de psychiatrie spécialisée  
(psychiatrie de l'enfant, psychiatrie de l'adolescent, toxicomanie, psychosomatique, affections psychiatriques de longue durée, psychogériatrie, psychiatrie de liaison, centre de crise, .....)  
Lieu : .....  
Responsable : .....  
Nombre de patients : nouveaux : .....  
Nombre de patients : revus : .....  
Nombre de dossiers vérifiés par un médecin spécialiste agréé : .....  
Activités de diagnostic (lesquels ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

- 1.3. Gardes de nuit :  
Lieu : .....  
Responsable : .....  
Nombre : .....  
  
Gardes de week-end :  
Lieu : .....  
Responsable : .....  
Nombre : .....

MOIS :

ANNEE :

4 **Activités de Formation**

4.1. **Cours de 3ème cycle psychiatrique**

Intitulés

Nombre d'heures

4.2. **Discussion de groupe ou réunions de synthèse à propos des patients :**

Lieu : .....

Dates : .....

Responsables : .....

Nombre de patients par mois :

4.3. **Discussion avec des spécialistes responsables et/ou supervision individuelle**

Lieu : .....

Nombre : .....

Responsables : .....

Nombre de patients par mois :

5 **Formation à la Psychothérapie :**

Cours et/ou séminaires

organisés par : .....

lieux et dates : .....

Supervision individuelle

responsables : .....

dates : .....

Supervision en groupe

responsables : .....

dates : .....

Activités pratiques de formation

Centre de formation : .....

Orientation : psychanalytique ou d'inspiration psychanalytique, comportementale, systémique, familiale, rogérienne, phénoménologique, autres.

MOIS :

ANNEE :

1.1. Formation dans le secteur hospitalier (complet ou partiel)

(psychiatrie ? neurologie ? médecine interne ? pédiatrie ?)

Lieu (hôpital de jour ou de nuit)

Responsable :

Nombre de patients : nouveaux :

Nombre de patients : revus

Activités de diagnostic (lesquels ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

1.2. Formation dans le secteur hospitalier de psychiatrie spécialisée

(psychiatrie de l'enfant, psychiatrie de l'adolescent, toxicomanie, psychosomatique, affections psychiatriques de longue durée, psychogériatrie, psychiatrie de liaison, centre de crise, .....

Lieu :

Responsable :

Nombre de patients : nouveaux :

Nombre de patients : revus :

Nombre de dossiers vérifiés par un médecin spécialiste agréé :

Activités de diagnostic (lesquels ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

1.3. Gardes de nuit :

Lieu :

Responsable :

Nombre :

Gardes de week-end :

Lieu :

Responsable

Nombre



MOIS :

ANNEE :

4 **Activités de Formation**

4.1. **Cours de 3ème cycle psychiatrique**  
Intitulés

Nombre d'heures

4.2. **Discussion de groupe ou réunions de synthèse à propos des patients :**

Lieu : .....

Dates : .....

Responsables : .....

Nombre de patients par mois :

4.3. **Discussion avec des spécialistes responsables et/ou supervision individuelle**

Lieu : .....

Nombre : .....

Responsables : .....

Nombre de patients par mois :

5 **Formation à la Psychothérapie :**

Cours et/ou séminaires

organisés par : .....

lieux et dates : .....

Supervision individuelle

responsables : .....

dates : .....

Supervision en groupe

responsables : .....

dates : .....

Activités pratiques de formation

Centre de formation

Orientation psychanalytique ou d'inspiration psychanalytique, comportementale, systémique, familiale, rogérienne, phénoménologique, autres.

MOIS :

ANNEE :

- 1.1. Formation dans le secteur hospitalier (complet ou partiel) .....  
(psychiatrie ? neurologie ? médecine interne ? pédiatrie ?) .....  
Lieu (hôpital de jour ou de nuit) .....  
Responsable : .....  
Nombre de patients : nouveaux : .....  
Nombre de patients : revus .....  
Activités de diagnostic (lesquels ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

- 1.2. Formation dans le secteur hospitalier de psychiatrie spécialisée  
(psychiatrie de l'enfant, psychiatrie de l'adolescent, toxicomanie, psychosomatique,  
affections psychiatriques de longue durée, psychogériatrie, psychiatrie de liaison,  
centre de crise, .....)  
Lieu : .....  
Responsable : .....  
Nombre de patients : nouveaux : .....  
Nombre de patients : revus : .....  
Nombre de dossiers vérifiés par un médecin spécialiste agréé : .....  
Activités de diagnostic (lesquels ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

- 1.3. Gardes de nuit :  
Lieu : .....  
Responsable : .....  
Nombre : .....

Gardes de week-end :

Lieu : .....  
Responsable : .....  
Nombre : .....

MOIS :

ANNEE :

4 **Activités de Formation**

4.1. **Cours de 3ème cycle psychiatrique**  
Intitulés

Nombre d'heures

4.2. **Discussion de groupe ou réunions de synthèse à propos des patients :**

Lieu : .....

Dates : .....

Responsables : .....

Nombre de patients par mois :

4.3. **Discussion avec des spécialistes responsables et/ou supervision individuelle**

Lieu : .....

Nombre : .....

Responsables : .....

Nombre de patients par mois :

5 **Formation à la Psychothérapie :**

Cours et/ou séminaires

organisés par : .....

lieux et dates : .....

Supervision individuelle

responsables : .....

dates : .....

Supervision en groupe

responsables : .....

dates : .....

Activités pratiques de formation

Centre de formation

Orientation : psychanalytique ou d'inspiration psychanalytique, comportementale, systémique, familiale, rogérienne, phénoménologique, autres.

MOIS :

ANNEE :

1.1. Formation dans le secteur hospitalier (complet ou partiel)

(psychiatrie ? neurologie ? médecine interne ? pédiatrie ?)

Lieu (hôpital de jour ou de nuit)

Responsable :

Nombre de patients : nouveaux :

Nombre de patients : revus

Activités de diagnostic (lesquels ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

1.2. Formation dans le secteur hospitalier de psychiatrie spécialisée

(psychiatrie de l'enfant, psychiatrie de l'adolescent, toxicomanie, psychosomatique, affections psychiatriques de longue durée, psychogériatrie, psychiatrie de liaison, centre de crise, .....)

Lieu :

Responsable :

Nombre de patients : nouveaux :

Nombre de patients : revus :

Nombre de dossiers vérifiés par un médecin spécialiste agréé :

Activités de diagnostic (lesquels ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

1.3. Gardes de nuit :

Lieu :

Responsable :

Nombre :

Gardes de week-end :

Lieu :

Responsable

Nombre :

MOIS :

ANNEE :

4 **Activités de Formation**

4.1. **Cours de 3ème cycle psychiatrique**  
Intitulés

Nombre d'heures

4.2. **Discussion de groupe ou réunions de synthèse à propos des patients :**

Lieu : .....

Dates : .....

Responsables : .....

Nombre de patients par mois :

4.3. **Discussion avec des spécialistes responsables et/ou supervision individuelle**

Lieu : .....

Nombre : .....

Responsables : .....

Nombre de patients par mois :

5 **Formation à la Psychothérapie :**

Cours et/ou séminaires

organisés par : .....

lieux et dates : .....

Supervision individuelle

responsables : .....

dates : .....

Supervision en groupe

responsables : .....

dates : .....

Activités pratiques de formation

Centre de formation :

Orientation psychanalytique ou d'inspiration psychanalytique, comportementale, systémique, familiale, rogérienne, phénoménologique, autres.

MOIS :

ANNEE :

- 1.1. Formation dans le secteur hospitalier (complet ou partiel) .....  
(psychiatrie ? neurologie ? médecine interne ? pédiatrie ?) .....  
Lieu (hôpital de jour ou de nuit) .....  
Responsable : .....  
Nombre de patients : nouveaux : .....  
Nombre de patients : revus .....  
Activités de diagnostic (lesquels ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

- 1.2. Formation dans le secteur hospitalier de psychiatrie spécialisée  
(psychiatrie de l'enfant, psychiatrie de l'adolescent, toxicomanie, psychosomatique,  
affections psychiatriques de longue durée, psychogériatrie, psychiatrie de liaison,  
centre de crise, .....)  
Lieu : .....  
Responsable : .....  
Nombre de patients : nouveaux : .....  
Nombre de patients : revus : .....  
Nombre de dossiers vérifiés par un médecin spécialiste agréé : .....  
Activités de diagnostic (lesquels ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

- 1.3. Gardes de nuit :

Lieu : .....  
Responsable : .....  
Nombre : .....

Gardes de week-end :

Lieu : .....  
Responsable : .....  
Nombre : .....

MOIS :

ANNEE :

4 **Activités de Formation**

4.1. **Cours de 3ème cycle psychiatrique**  
Intitulés

Nombre d'heures

4.2. **Discussion de groupe ou réunions de synthèse à propos des patients :**

Lieu : .....

Dates : .....

Responsables : .....

Nombre de patients par mois :

4.3. **Discussion avec des spécialistes responsables et/ou supervision individuelle**

Lieu : .....

Nombre : .....

Responsables : .....

Nombre de patients par mois :

5 **Formation à la Psychothérapie :**

Cours et/ou séminaires  
organisés par : .....

lieux et dates : .....

Supervision individuelle  
responsables : .....

dates : .....

Supervision en groupe  
responsables : .....

dates : .....

Activités pratiques de formation

Centre de formation

Orientation

psychanalytique ou d'inspiration psychanalytique, comportementale,  
systémique, familiale, rogérienne, phénoménologique, autres.

MOIS :

ANNEE :

- 1.1. Formation dans le secteur hospitalier (complet ou partiel) .....  
(psychiatrie ? neurologie ? médecine interne ? pédiatrie ?) .....  
Lieu (hôpital de jour ou de nuit) .....  
Responsable : .....  
Nombre de patients : nouveaux : .....  
Nombre de patients : revus .....  
Activités de diagnostic (lesquels ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

- 1.2. Formation dans le secteur hospitalier de psychiatrie spécialisée  
(psychiatrie de l'enfant, psychiatrie de l'adolescent, toxicomanie, psychosomatique, affections psychiatriques de longue durée, psychogériatrie, psychiatrie de liaison, centre de crise, .....)  
Lieu : .....  
Responsable : .....  
Nombre de patients : nouveaux : .....  
Nombre de patients : revus : .....  
Nombre de dossiers vérifiés par un médecin spécialiste agréé : .....  
Activités de diagnostic (lesquels ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

- 1.3. Gardes de nuit :  
Lieu : .....  
Responsable : .....  
Nombre : .....  
Gardes de week-end :  
Lieu : .....  
Responsable : .....  
Nombre : .....



MOIS :

ANNEE :

4 **Activités de Formation :**

4.1. **Cours de 3ème cycle psychiatrique**  
Intitulés

Nombre d'heures

4.2. **Discussion de groupe ou réunions de synthèse à propos des patients :**

Lieu : .....

Dates : .....

Responsables : .....

Nombre de patients par mois :

4.3. **Discussion avec des spécialistes responsables et/ou supervision individuelle**

Lieu : .....

Nombre : .....

Responsables : .....

Nombre de patients par mois :

5 **Formation à la Psychothérapie :**

Cours et/ou séminaires  
organisés par : .....

lieux et dates : .....

Supervision individuelle  
responsables : .....

dates : .....

Supervision en groupe  
responsables : .....

dates : .....

Activités pratiques de formation

Centre de formation : .....  
Orientation : psychanalytique ou d'inspiration psychanalytique, comportementale,  
systémique, familiale, rogénienne, phénoménologique, autres.

8      **Communications et Publications scientifiques**  
(les tirés à part sont à communiquer à la Commission)

9      **Autres :**

---

Le maître de stage,

Le maître de stage-coordonateur,

Signature

Signature