



---

*Chamber of Individual Members*  
*secretariat: rue du Petit Elevage 2A/Bte 8 – 5590 Ciney - Belgium*  
*tel. + 32 496 22 22 96 - [secretariat@eftacim.org](mailto:secretariat@eftacim.org)*  
*[www.eftacim.org](http://www.eftacim.org)*

*Chère Madame, Cher Monsieur,*

*Nous vous remercions cordialement pour votre intérêt et votre souhait de devenir membre individuel de l'EUROPEAN FAMILY THERAPY ASSOCIATION.*

*Ainsi que vous le savez sans doute l'EFTA est la première et la seule organisation à regrouper des thérapeutes familiaux et des intervenants systémiques de toute l'Europe. Actuellement, nous comptons des membres dans 31 pays.*

*L'objectif de cette association est la promotion d'un niveau supérieur de compétence et de qualité dans la pratique, la recherche et l'enseignement de la thérapie familiale et de l'approche systémique, ainsi que la réunion et la coordination des centres, institutions et individus d'Europe dans le champ de la thérapie familiale et de l'intervention systémique.*

*L'EFTA est composée de trois Chambres (Chambre de Membres Individuels, Chambre des Instituts de Formation, Chambre des Associations Nationales).*

*Si vous souhaitez devenir membre individuel de l'EFTA, en tant que thérapeute familial(e), complétez le formulaire correspondant en annexe et retournez-le avec les documents demandés (voir liste dans le formulaire).*

*Nous espérons avoir bientôt de vos nouvelles.*  
*Bien à vous,*

*Martine Nisse*  
*Présidente de la Chambre*  
*des Membres Individuels d'EFTA*



*Chamber of Individual Members*  
*secretariat: rue du Petit Elevage 2A/Bte 8 – 5590 Ciney - Belgium*  
*tel. + 32 496 22 22 96 - [secretariat@eftacim.org](mailto:secretariat@eftacim.org)*  
*[www.eftacim.org](http://www.eftacim.org)*

**DEMANDE D'ADHESION A EFTA-CIM EN TANT QUE *THERAPEUTE FAMILIAL(E)***

Je souhaite poser ma candidature comme membre effectif de l'EFTA-CIM et je joins les documents ci-après à la présente demande :

1. La fiche de renseignements ci-jointe
2. Un curriculum vitae
3. Une certification attestant d'une formation longue à la Thérapie Familiale Systémique dans un centre de formation (au maximum deux centres différents) et **attestant d'un minimum de 700 heures de formation réparties sur au moins quatre années, dont au moins 450 heures de formation clinique, théorique et pratique, sous la supervision du formateur, et au moins 250 heures de pratique clinique autonome avec des couples et des familles, certifiées par le centre de formation.**

Note:

- a) Les supervisions individuelles et/ou d'équipe hors du cadre de la formation ne sont pas validées comme « formation ».
  - b) Les programmes universitaires, même lorsque l'intitulé contient la référence systémique et/ou la référence à la thérapie familiale, pour être considérés comme « formation à la psychothérapie familiale systémique » doivent prévoir des méthodologies expérientielles et de mise en situation (jeux de rôle, etc.).
4. Une recommandation d'une personne autre que mes formateurs (par exemple le responsable de l'institution, association, département, etc... dans lequel je travaille, ou toute autre personne qui accepte d'être une référence et qui, si possible, est déjà membre de l'EFTA) attestant de **mon travail avec des familles après la formation.**
  5. Une cotisation administrative de 38 euros à payer comme indiqué aux instructions de paiement ci-jointes, couvrant uniquement les frais de dossier (une fois votre candidature acceptée, une cotisation de membre effectif équivalant à 80 euros vous sera demandée pour l'année en cours).

*Date et signature :*

\_\_\_\_\_

*La présente demande est à envoyer à :*

[secretariat@eftacim.org](mailto:secretariat@eftacim.org)

*ou par courrier à :*

**EFTA CIM**

**Rue du Petit Elevage 2A/ Bte 8**

**5590 Ciney**

**Belgique**

*Pour information :*

- *Les dossiers complets sont soumis à la commission d'évaluation qui se réunit régulièrement.*
- *Au cas où il manquerait une pièce à votre dossier, nous vous en avertissons, afin que vous complétiez celui-ci.*
- *Vous recevrez un courrier après la réunion de la commission vous informant de la décision de celle-ci.*



Chamber of Individual Members  
secretariat: rue du Petit Elevage 2A/Bte 8 – 5590 Ciney - Belgium  
tel. + 32 496 22 22 96 - secretariat@eftacim.org  
www.eftacim.org

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS

|                                                             |          |                     |
|-------------------------------------------------------------|----------|---------------------|
| NOM :                                                       | PRENOM : | DATE DE NAISSANCE : |
| <div style="text-align: center;">/ /</div>                  |          |                     |
| Adresse domicile :                                          |          |                     |
| rue _____ n° _____ code postal _____ Ville _____ Pays _____ |          |                     |
| N. de tél. privé _____ N. tél. portable _____ E-mail _____  |          |                     |
| Adresse professionnelle :                                   |          |                     |
| NOM de l'institution, département, etc. _____               |          |                     |
| rue _____ n° _____ code postal _____ Ville _____ Pays _____ |          |                     |
| N. de tél. prof. _____ N. tél. portable _____ E-mail _____  |          |                     |
| Site Web Personnel : _____                                  |          |                     |

### QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES :

- Diplôme de base : \_\_\_\_\_
- Formation ultérieure en thérapie familiale :

| FORMATION INITIALE EN THÉRAPIE FAMILIALE |                                                      |                                                        |                                                                          |                                           |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Organisme formateur                      | Dates<br>De l'an... A l'an...<br>(MINIMUM 4 années): | Nombre d'heures (MINIMUM 700h)                         |                                                                          | Certification jointe<br>(nom du fichier): |
|                                          |                                                      | Sous la supervision du<br>formateur<br>(MINIMUM 450h): | Clinique familiale<br>autonome pendant la<br>formation<br>(MINIMUM 250h) |                                           |
| 1.                                       |                                                      |                                                        |                                                                          |                                           |
| 2.                                       |                                                      |                                                        |                                                                          |                                           |
| FORMATION COMPLEMENTAIRE                 |                                                      |                                                        |                                                                          |                                           |
| Organisme formateur                      | Dates<br>De l'an... à l'an...                        | Nombre d'heures                                        |                                                                          | Certification jointe<br>(nom du fichier): |
|                                          |                                                      | Théorie:                                               | Clinique:                                                                |                                           |
| 1.                                       |                                                      |                                                        |                                                                          |                                           |
| 2.                                       |                                                      |                                                        |                                                                          |                                           |
| 3.                                       |                                                      |                                                        |                                                                          |                                           |



*Chamber of Individual Members*  
*secretariat: rue du Petit Elevage 2A/Bte 8 – 5590 Ciney - Belgium*  
*tel. + 32 496 22 22 96 - secretariat@eftacim.org*  
*www.eftacim.org*

• *Formateurs:*

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

• *Recommandation :*

| PRATIQUE AUTONOME DE THÉRAPIE FAMILIALE APRES LA FORMATION |            |              |                                                        |                                            |
|------------------------------------------------------------|------------|--------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Contexte de la pratique de la thérapie familiale           | De l'an... | ...à l'an... | Certifiées par*<br>(supérieur, superviseur ou collègue | Certification jointe<br>(nom du fichier) : |
| 1.                                                         |            |              |                                                        |                                            |
| 2.                                                         |            |              |                                                        |                                            |

*\* La personne doit certifier, comme indiqué au point (3), que la pratique professionnelle s'inscrit dans le cadre de la thérapie familiale*



*Chamber of Individual Members*  
*secretariat: rue du Petit Elevage 2A/Bte 8 – 5590 Ciney - Belgium*  
*tel. + 32 496 22 22 96 - [secretariat@eftacim.org](mailto:secretariat@eftacim.org)*  
*[www.eftacim.org](http://www.eftacim.org)*

**AU SUJET DU PAIEMENT A L'EFTA DES FRAIS ADMINISTRATIFS DE  
CANDIDATURE ET DES COTISATIONS DE MEMBRES INDIVIDUELS**

Nous vous conseillons avec insistance de respecter avec soin les conditions ci-après en vue du traitement sûr et rapide de votre dossier chez nous; elles évitent en outre des dépenses inutiles. Merci.

**POUR LES CANDIDATS ET MEMBRES RÉSIDANT EN :**

**Belgique** Vous pouvez payer sur le compte EFTA auprès de la Banque ING  
IBAN : BE 81 3100 9433 6024 - BIC: BBRUBEBB.

**France** Vous pouvez faire un virement sur le compte BNP Paribas : agence Maubeuge 00525  
RIB : 30004 00525 00009172960 56  
IBAN : FR76 3000 4005 2500 0091 7296 056 - BIC : BNPAFRPPVCS  
Vous pouvez nous envoyer un chèque et il sera encaissé sur notre compte en France.

**Autres pays** Faites un virement européen en Euros vers notre Banque en Belgique:  
ING, 205-207 avenue Louise - 1000 Bruxelles, compte n° 310-0943360-24  
IBAN : BE 81 3100 9433 6024 - BIC: BBRUBEBB.

Vous pouvez également payer par carte Visa, Mastercard ou Eurocard. Dans ce cas, remplissez le bulletin ci-après. Important : le montant doit être libellé en Euros.

|                                                                                                                                                                                                               |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p align="center">Retournez ce bulletin à <a href="mailto:secretariat@eftacim.org">secretariat@eftacim.org</a><br/>ou par courrier à<br/>EFTA CIM – rue du Petit Elevage 2A/Bte 8 – 5590 Ciney (Belgique)</p> |  |
| <p>Nom, prénom : _____</p>                                                                                                                                                                                    |  |
| <p>Adresse: _____</p>                                                                                                                                                                                         |  |
| <p>Tél.: _____</p>                                                                                                                                                                                            |  |
| <p>Ci-joint le règlement de _____ EUROS</p>                                                                                                                                                                   |  |
| <p><input type="checkbox"/> Par chèque bancaire</p>                                                                                                                                                           |  |
| <p><input type="checkbox"/> Par Carte</p>                                                                                                                                                                     |  |
| <p>    <input type="checkbox"/> Visa</p>                                                                                                                                                                      |  |
| <p>    <input type="checkbox"/> Mastercard</p>                                                                                                                                                                |  |
| <p>    <input type="checkbox"/> Eurocard</p>                                                                                                                                                                  |  |
| <p>N° _____</p>                                                                                                                                                                                               |  |
| <p>Date de validité : ____ / ____</p>                                                                                                                                                                         |  |
| <p>Date : ____ / ____ / ____ Signature: _____</p>                                                                                                                                                             |  |