

# AFRATAPEM

Loi 1901, créée en 1976

## FICHE DE CANDIDATURE

### Formation complémentaire - spécialisation

A retourner à AFRATAPEM – 3 rue Calmette – 37540 ST CYR SUR LOIRE

**au plus tard un mois avant le début de la formation**

► Joindre un C.V., d'une lettre manuscrite de motivation et de tous justificatifs justifiant de vos formations, expériences et compétences artistiques.

Je souhaite postuler à la ou aux formation(s) :

Edugraphie     Musicothérapie     Arts corporels et thérapie

Nom : .....

Prénom : .....

Nom de jeune fille (si mariée) : .....

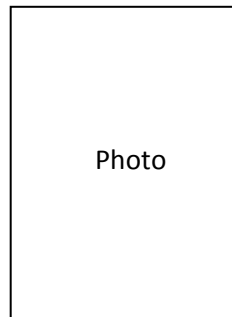
Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

N° de téléphone (domicile) : ..... Portable : .....

Email : .....

Date de naissance : ..... Nationalité : .....



Vos formations et/ou expériences :

Suivi de la formation d'Intervenant Spécialisé en Art-thérapie (ou en cours).

Suivi du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie (ou en cours). **Joindre le justificatif**

Autres formations suivies ou en cours : .....

Votre pratique artistique :

Pratique dominante : .....

**Rappel :**

► Pas de pré-requis nécessaire en calligraphie pour la formation Edugraphie, de simples notions musicales suffisent pour la formation Musicothérapie, une pratique corporelle est nécessaire pour la formation Arts corporels et thérapie.

► Si vous avez déjà pratiqué la calligraphie, joindre quelques exemples de vos productions (photos, photocopies, brouillons, maquettes).

► Autres pratiques : .....

tournez la page S.V.P. ⇨

Centre Administratif : 3 rue Calmette – 37540 ST CYR SUR LOIRE

Tél : 02 47 51 86 20 – Fax : 02 47 51 76 23

courriel : [afratapem@wanadoo.fr](mailto:afratapem@wanadoo.fr) Site web : [www.art-therapie-tours.net](http://www.art-therapie-tours.net)

# AFRATAPEM

Loi 1901, créée en 1976

Diplômes obtenus : .....

Statut actuel :

- Etudiant (précisez) : .....
- Salarié (profession) : .....
- Demandeur d'emploi : depuis le : .....  Intermittent du spectacle
- Profession libérale (précisez) : .....
- Autre.....

Financement envisagé :

- Individuel  Prise en charge employeur  autre prise en charge : .....
- Demande de devis

Développez les formations et activités professionnelles passées ou en cours en rapport avec votre projet de formation.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Quels sont les projets que vous souhaitez mener au terme de cette formation ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Date et signature : .....