



## Attestation de travail thérapeutique pour la ré-adhésion 2024-2025 à l'association

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

**J'atteste avoir effectué** avec un ou une thérapeute, régulateur ou superviseur diplômé(e) du Centre de Relation d'Aide de Montréal (CRAM®) ou de l'École Internationale de Formation à l'ANDC (EIF®), **entre le 1<sup>er</sup> octobre 2023 et le 30 septembre 2024 inclus** (merci de rayer les mentions inutiles)

- 10 séances de thérapie
- Une régulation
- Une supervision

Nom et prénom du/de la thérapeute : \_\_\_\_\_

J'affirme que ces renseignements sont exacts.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent.e

Signature du/de la thérapeute :