



Attestation de travail thérapeutique pour la ré-adhésion 2025-2026 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^{er} octobre 2024 et le 30 septembre 2025 inclus** (merci de rayer les mentions inutiles)

- ☐ 10 séances de thérapie
- ☐ Une régulation
- ☐ Une supervision

Précisez la date de la 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 :