

# Aderire alla CIPPA

## Volete diventare membro della CIPPA ?

Vi ringraziamo dell'interesse che dimostrate per le attività della nostra associazione..

Vi presentiamo le indicazioni per compiere la vostra iscrizione :

- **Scrivere una lettera di motivazione e dettagliare la vostra formazione analitica**– a [contact@cippautisme.com](mailto:contact@cippautisme.com) e completare la Scheda di Contatto **disponibile on line ICI** .

N.B. questa scheda di Contatto non corrisponde a una scheda d'adesione.

Questi due documenti necessari alla vostra candidatura, saranno esaminati allo scopo di :

1. Decidere della vostra adesione o no,
2. E nel caso in cui la vostra domanda é accettata, determinare lo statuto di questa adesione : membro psicoterapeuta psicanalista, o membro associato.

Sarete avvisati della decisione tramite mail.

Per ulteriori informazioni potete scrivere a [contact@cippautisme.com](mailto:contact@cippautisme.com)

La quota é:

**Membro psicoterapeuta e psicanalista**, La quota annuale sarà:

- 110 €, se abitate l' Ile de France
- 70 €, se abitate nelle altre regioni francesi o in un altro paese europeo

**Membro associato**: operatore nel campo dell'autismo (medico (psichiatra pediatra neurologo, ...), psicologo, logopedista, psicomotricista, infermiere, educatore, assistente sociale, insegnante, art terapeuta, direttore di struttura ...) I membri associati sono accolti in tutte le attività della CIPPA ma non hanno potere di decisione nell'associazione. La quota annuale sarà di :

- 70 €, si abitate in Francia o in un altro paese europeo

## Volete rinnovare la vostra adesione ?

Troverete il link nella *Lettre aux adhérents che vi arriva regolarmente.*

# SCHEDA CONTATTO - CIPPA

Allo scopo di conoscere meglio il vostro interesse per la CIPPA e per permetterci di riflettere insieme su ciò che ci unisce, vi chiediamo di volerci precisare la vostra pratica e le vostre formazioni relative a delle specifiche tecniche :

[admicippa@gmail.com](mailto:admicippa@gmail.com) [Changer de compte](#)

\* Indica una risposta obbligatoria

**Indirizzo e-mail\***

Indirizzo mail

**COGNOME\***

Votre réponse

**Nome\***

Votre réponse

**Professione\***

Votre réponse

**Settore d'attività\***

Publico

Privato

Sanitario

Sociale

Primario

**indirizzo professionale**

Votre réponse

**Telefono professionale\***

Votre réponse

**Età dei vostri pazienti autistici\***

Bébé

Bambini

Adolescenti

Adulti

**Quali valutazioni diagnostiche praticate ?\***

Votre réponse

Quale presa in carico proponete ai genitori t ? (Ritmo delle consultazioni, collaborazione con un altro consultante)\*

Votre réponse

Praticate o indicate delle psicoterapie psicanalitiche per i vostri pazienti autistici ?\*

Individuali

Di gruppo

Familiare

Instituzionale

Nessuna

Lavorate in complementarità con altri tipi di approcci ?\*

Psicopedagogico

Educativo

Logopedia

Psicomotricista

Art-terapia

Altro :

Siete formati a delle tecniche specifiche e complementari alla vostra specializzazione che potreste mettere in valore all'interno della CIPPA? Se si' quale ?\*

Votre réponse

C'è un punto particolare della vostra pratica che vorreste farci conoscere? Se si' quale, ?

Votre réponse

Accetto l'utilizzazione dei miei dati personali allo scopo della validazione e del seguito della mia adesione. I destinatari di questi dati si limitano al segretariato amministrativo e al direttorio della CIPPA. Potete contare su un diritto di accesso, di rettificazione, di portabilità e di cancellazione o di una limitazione nel trattamento. La durata di conservazione dei dati é di 3 anni.

SI

NO