

DOSSIER DE CANDIDATURE ANNEE 2018

MEMBRE AFFILIE

à la

FEDERATION FRANCAISE DE MUSICOTHERAPIE

1 – Vous êtes diplômé(e) d'un organisme de formation agréé par la FFM (AMB, CIM, Univ Nantes, univ Montpellier, Univ Paris 5) : Utiliser préférentiellement le « Dossier simplifié » téléchargeable sur le site de la FFM

Pièces à joindre

- Ce dossier de candidature clairement complété et signé
- C.V. actualisé
- Code déontologie signé
- Copie du certificat de formation ou du diplôme de musicothérapie
- Le dossier d'enregistrement pour l'année en cours
- Une fois votre dossier validé et enregistré par notre commission des affiliations, réglez votre cotisation en ligne sur :
<http://www.musicotherapie-federationfrancaise.com/affiliation/>

2 – Vous êtes diplômé(e) d'un autre organisme de formation

Pièces à fournir

- Ce dossier de candidature clairement complété et signé
- C.V. actualisé
- Code déontologie signé
- Copie du certificat de formation ou du diplôme de musicothérapie
- Le dossier d'enregistrement pour l'année en cours
- Une lettre de motivation
- Copie des autres diplômes et toute attestation utile manifestant les compétences requises et la qualification professionnelle
- Le programme complet de votre formation à la musicothérapie (organisme, contenu pédagogique, volume horaire des enseignements et des stages)
- Les attestations précises des stages en institutions de soin réalisés dans le cadre de votre formation à la musicothérapie

Une fois votre dossier validé et enregistré par notre commission des affiliations, réglez votre cotisation en ligne sur :
<http://www.musicotherapie-federationfrancaise.com/affiliation/>

Renseignements d'identité

M. Mme Mlle

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

TELEPHONES

FAX

E.MAIL

Formation professionnelle

MUSICOTHERAPIE

ORGANISME DE FORMATION ayant assuré votre formation à la musicothérapie

ADRESSE

TELEPHONE

FAX

E.MAIL

ANNEES de la formation

DIPLÔME ou CERTIFICAT obtenu en l'année

(joindre copie)

DATE de la soutenance du mémoire

Titre ou thème du mémoire

Directeur de mémoire

FORMATION GENERALE

DIPLÔMES SCOLAIRES ET UNIVERSITAIRES (joindre copie)

AUTRES DIPLOMES PROFESSIONNELS éventuellement (joindre copie)

FORMATION MUSICALE (joindre copie)

FORMATIONS COMPLEMENTAIRES éventuellement (joindre copie)

AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILES

Exercice professionnel

LIEUX PROFESSIONNELS D'EXERCICE ACTUEL DE LA MUSICOTHERAPIE

(joindre certificats des employeurs)

PRECISIONS COMPLEMENTAIRES

Le cas échéant, **PUBLICATIONS PROFESSIONNELLES**

je soussigné,

certifie sur l'honneur de l'authenticité des renseignements concernant ma formation et ma pratique professionnelle de la musicothérapie. Je demande à être affilié à la Fédération Française de Musicothérapie, à être inscrit au Registre National des Musicothérapeutes et au Registre Européen des Musicothérapeutes. J'ai bien noté que cet enregistrement en tant que professionnel de la musicothérapie est conditionné par une cotisation annuelle.

DATE

SIGNATURE



Renseignements annexes

**PARTICIPATION A UNE (DES) ASSOCIATION(S) DE PROFESSIONNELS DE LA
MUSICOTHERAPIE** Oui Non

Si oui, laquelle (lesquelles)

**OU A UNE AUTRE (D'AUTRES) ASSOCIATION(S) DE PROFESSIONNELS
(PSYCHOTHERAPIE ? ART-THERAPIE ? ...)** Oui Non

Si oui, laquelle (lesquelles)

VOTRE PRATIQUE FAIT L'OBJET D'UNE SUPERVISION, OU D'UN CONTRÔLE
 Oui Non

Si oui, dans quel cadre ?

(Afin de mieux connaître le « terrain » de la musicothérapie française, il serait important de préciser aussi le **statut exact** dans lequel vous exercez votre activité de musicothérapeute (par exemple : poste d'orthophoniste, ou d'artiste-intervenant, ... ou de musicothérapeute) ; votre activité de musicothérapie occupe-t-elle la totalité de votre emploi ? quel pourcentage de votre temps de travail ? (par exemple infirmier employé à 100%, dont 20% pour la musicothérapie), etc.

Merci de votre contribution

Dossier d'enregistrement
des membres affiliés à la Fédération Française de Musicothérapie

Je soussigné

- déclare avoir pris connaissance du Code de déontologie de la Fédération Française de Musicothérapie
- accepte la publication et la diffusion des informations suivantes, notamment sur le REGISTRE NATIONAL des professionnels de la musicothérapie, y compris sur internet :

NOM :	<input type="text"/>
PRENOM :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>
Téléphones :	<input type="text"/> / <input type="text"/>
E.Mail :	<input type="text"/>
<i>(Cadre de travail - institutionnel – libéral - Enfants - Adulte...) Inscrire toute précision sur 2 lignes maximum)</i>	
<input type="text"/>	

Ci-joint le montant de ma cotisation de 35 euros pour l'année 2017, à l'ordre de « Fédération Française de Musicothérapie ». Cette somme inclut la cotisation reversée à la Confédération Européenne de Musicothérapie (EMTC).

Fait à

Le

SIGNATURE

A envoyer à affiliations ffm@gmail.com