Ce document atteste que

**Prénom Nom**

a participé à l’activité de formation continue intitulée :

***Titre de l’activité de formation continue en psychothérapie***

dont le(s) formateur(s) était(ent) :

***Nom du formateur et titres professionnels***

tenue le :

*jour mois année*

nombre d’heures reconnues :

*X heures*

Cette activité fait partie du programme d’activités de formation continue en psychothérapie adopté par
 l’Ordre des psychologues du Québec.

Numéro de reconnaissance unique de l’activité : XX00000-00

|  |  |
| --- | --- |
| Fait à nom de la ville, ceNombre d’heures de participation s’il diffère de la durée prévue : \_\_\_\_\_\_ heures.Signature du participant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Signature du responsable de l’activité |  |